

**CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE INTENTO SUICIDIO QUE INGRESARON
AL HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL DE LERIDA TOLIMA EN
LOS AÑOS 2014 A 2016**

**NERY MANZUR CALI BALETA
DIANA CAROLINA YARA
YENNY KATHERINE ZABALA RODRÍGUEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de
Especialista en Epidemiología**

**Asesor:
SAMUEL ANDRES ARIAS VALENCIA
Doctor en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EPIDEMIOLOGIA
IBAGUE – TOLIMA
2017**



UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**LA ASESORA DE POSTGRADOS DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

HACE CONSTAR:

Que, NERY MANZUR CALI BALETA, con c.c. No. 8.048.804, DIANA CAROLINA ROMERO YARA con c.c. No. 1.105.304.476 y YENNY KATHERINE ZABALA RODRIGUEZ con c.c. No. 1.110.509.331, sustentaron su trabajo de grado "CARACTERIZACION DE LOS CASOS DE INTENTO SUICIDIO QUE INGRESARON AL HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL EN LOS AÑOS 2014 A 2016". como opción de grado de la Especialización en EPIDEMIOLOGIA de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima.

Que su trabajo fue calificado como ACEPTADO.

La presente certificación se expide con destino a la Biblioteca Rafael Parga Cortes de la Universidad del Tolima.

Ibagué, 20 de Marzo de 2017

GLORIA LUCIA SEPULVEDA FERNANDEZ
Asesora programa de postgrados y educación continuada

A las personas que a diario se sienten incomprendidas y encuentran como única solución la autodestrucción, por las personas que trabajan cada día para mejorar esta situación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien nos acompaña cada día, brindándonos oportunidades y fortaleza para superar las adversidades ayudándonos a crecer de forma personal y profesional.

Al profesor Samuel el cual nos acompañó, comprendió y asesoro con cariño y dedicación para alcanzar con éxito este proyecto.

Al Hospital especializado Granja integral que nos abrió sus puertas para llevar a cabo esta investigación y a sus funcionarios que colaboraron amablemente.

Y a nuestros padres, familiares y seres queridos que nos apoyaron incondicionalmente, motivándonos sin pausa para lograr la culminación de nuestro sueño.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 OBJETIVO GENENERAL	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4. MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO	16
4.1 CONCEPTOS BASICOS.....	16
4.1.1 Conducta Suicida.	16
4.1.2 Autolesión/ Gesto Suicida.	16
4.1.3 Conducta Suicida no Determinada.....	16
4.1.4 Ideación Suicida.	16
4.1.5 Intento de Suicidio.....	16
4.1.6 Suicidio.....	17
4.2 FACTORES DE RIESGO.....	17
4.3 MAGNITUD Y DISTRIBUCIÓN DEL SUICIDIO Y EL INTENTO SUICIDA EN EL MUNDO, LATINOAMÉRICA y COLOMBIA.....	19
4.4 TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	20
4.4.1 Intervenciones Psicoterapeutas.	20
4.4.2 Tratamiento Farmacológico.....	21
4.4.3 Terapia Electro-Convulsiva (TEC).....	22
4.5 EVENTOS VITALES ESTRESANTES	22
4.6 MECANISMOS UTILIZADOS para el intento suicida	24

4.7 POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA PARA EL CONTROL DEL SUICIDIO (MUNDO, AMÉRICAS, COLOMBIA, TOLIMA	25
4.8 RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL DEL LERIDA TOLIMA	27
5. METODOLOGÍA	28
5.1 TIPO DE ESTUDIO	28
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	28
5.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	29
5.4 FUENTES, SELECCIÓN Y DISEÑO DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	30
5.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CALIDAD	31
5.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	31
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	32
 6. RESULTADOS.....	 33
 7. DISCUSIÓN	 51
 8. CONCLUSIONES	 57
 RECOMENDACIONES	 58
 REFERENCIAS	 59
 ANEXOS	 68

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables ..	18
Tabla 2.	Eventos vitales estresantes	23
Tabla 3.	Descripción de normatividad relacionada con el intento de suicidio a nivel internacional, nacional y departamental	25
Tabla 4.	Clasificación de variables utilizadas.....	29
Tabla 5.	Distribución de frecuencias de las características personales de los intentos de suicidio hospitalizados según el sexo en el HEGI, 2014- 2016.	33
Tabla 6.	Distribución de frecuencias de las características de ubicación de los intentos de suicidio hospitalizados en el HEGI según sexo, 2014- 2016.	35
Tabla 7.	Distribución de frecuencias de las características de personales de los intentos de suicidio hospitalizados en el HEGI atreves del 2014- 2016.....	38
Tabla 8.	Distribución de frecuencias de las circunstancias del evento de los intentos de suicidio según sexo, hospitalizados en el HEGI, 2014- 2016.	40
Tabla 9.	Distribución de frecuencias de las circunstancias del evento de los intentos de suicidio según ciclo vital, hospitalizados en el HEGI, 2014- 2016.	41
Tabla 10.	Distribución de frecuencias de las circunstancias clínicas del evento de los intentos de suicidio según sexo, hospitalizados en el HEGI, 2014- 2016.	42
Tabla 11.	Distribución de frecuencias de las circunstancias clínicas del evento de los intentos de suicidio según ciclo vital, hospitalizados en el HEGI, 2014- 2016.	44
Tabla 12.	Distribución de frecuencias de las terapias realizadas según categoría CIE 10 de los intentos de suicidio hospitalizados en el HEGI, 2014- 2016.	47

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar los casos de intento de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016. **Diseño y métodos:** Observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, se eligió el censo correspondiente al total de la población con 337 casos de intentos de suicidio hospitalizados en el periodo de 2014 a 2016 en el Hospital Especializado Granja. **Resultados:** Se observó mayor frecuencia del sexo femenino con un 66,2 %, la edad promedio fue de 24,4 (DE 12,3 años), el mecanismo más utilizado para atentar contra la vida de los casos hospitalizados fue la intoxicación con un 65.6%, seguido por la utilización de Armas corto punzantes con un 24%. **Conclusiones:** El ciclo vital más afectado corresponde a la adolescencia comprendida entre 12 y 18 años. El mecanismo de mayor utilización para llevar a cabo el intento suicida es la intoxicación, con sustancias químicas entre esas organofosforados y medicamentos.

Palabras claves: intento suicidio, hospitalización.

ABSTRACT

Objective: To characterize the cases of attempted suicide that entered the Integral Farm Specialized Hospital during the years 2014-2016. **Design and methods:** Observational, descriptive, transversal and retrospective, the census corresponding to the total population was chosen with 337 cases of suicide attempts hospitalized in the period from 2014 to 2016 in the Specialized Farm Hospital. **Results:** A higher frequency of females was observed with 66.2%, the average age was 24.4 (SD 12.3 years), the most used mechanism to attempt against life in hospitalized cases was intoxication with a 65.6%, followed by the use of sharp-pointed weapons with 24%. **Conclusions:** The most affected life cycle corresponds to adolescence between 12 and 18 years. The mechanism most used to carry out the suicide attempt is poisoning, with chemical substances between these organophosphates and drugs.

Keywords: suicide attempt, hospitalization.

INTRODUCCIÓN

Enfrentarse al mundo de hoy para muchos resulta estresante y agobiante, esto acompañado de la baja tolerancia a las frustraciones a que nos hemos visto abocados desatan infinidad de problemas de salud mental como el Suicidio y el intento de suicidio, de los que aun la capacidad de respuesta de la sociedad no ha sido lo suficientemente clara y acertada para combatirlo. Se ha catalogado el suicidio a nivel mundial como un problema de salud pública que para muchos expertos aún no ha sido suficientemente estudiado y abordado, en ese contexto el intento suicida es una de las formas más representativas de la conducta suicida tomando en cuenta la naturaleza del fenómeno que va desde la idea suicida del sujeto, la planificación y estructuración del suicidio hasta llegar finalmente a su consumación.

En ese orden de ideas la prevención del suicidio es una prioridad que se encuentra limitada por la falta y en algunos casos ausencia de datos verídicos procedentes de una correcta notificación de los casos, la precaria red en la atención en salud mental para el grueso de la población y el hecho que aun en nuestra cultura las conductas suicidas son un tabú que genera estigmatización y vergüenza para quien lo practique. Todos los factores nombrados con anterioridad impiden que puedan elaborarse e implementarse intervenciones basadas en una evidencia científica que pueda llevarnos a disminuir este flagelo.

En este estudio nuestro interés es Caracterizar los casos de intento de suicidio que ingresaron al servicio de hospitalización del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E en el municipio de Lérica-Tolima durante los años 2014 a 2016, al tener en cuenta variables de carácter de sociodemográficas, las circunstancias relacionadas con el evento, características clínicas y la atención brindada en la institución. El cual aportara a la Institución información que sustente decisiones técnico administrativas y que permita el desarrollo de estrategias de prevención y control en la población atendida a nivel institucional sobre esta problemática.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No podemos hablar de salud sin tener en cuenta la salud mental, uno de los problemas de interés en salud pública es el suicidio. Según la Organización Mundial de la Salud, un intento de suicidio es el factor de riesgo más importante del suicidio en la población general, menciona que anualmente más de 800.000 personas se quitan la vida y por cada persona que muere suicidándose se estima que hay 20 que lo están intentando, por tal motivo es necesario identificar cómo se comporta este fenómeno, siendo el factor de riesgo esencial para evitar la tragedia del suicidio que afecta a familias, comunidades. (1)

La conducta suicida es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo, en el 2012, el 75% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos, siendo prevenible mediante intervenciones oportunas. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral y para realizar estas se necesita conocer la situación actual y nuestro contexto a nivel regional. (2)

En América, las tasas más altas de suicidio por 100.000 habitantes se encuentran en países como Uruguay (17,6), Cuba, (15,1) y Canadá (11,8); los países con menor incidencia son: Perú, (1,9) y Bolivia con (2,3). Ecuador, Venezuela, Brasil, Chile, México y Colombia muestran tasas que oscilan entre 3 y 7 casos por cada cien mil habitantes en un año. Por ende, la mortalidad a causa del suicidio se ha convertido en un problema prioritario en materia de salud pública, tanto en Colombia como a nivel internacional. (3) Se ha definido la ideación suicida como una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón y puede ser conceptuada como la primera fase de una conducta que termina con la vida, aunque se reconoce que el paso por una etapa no requiere haber pasado por las anteriores. La ideación puede ser un antecedente del intento suicida, el cual, a su vez, es el principal predictor de futuros intentos, e incluso del suicidio consumado (4)

Los intentos suicidas repetidos son relativamente comunes y se asocian con un riesgo elevado de obtener un desenlace fatal, su estudio es importante porque los datos recolectados se utilizan para la intervención en suicidio. Por otra parte, esos intentos incrementan los costos en salud (5).

El Hospital Especializado Granja Integral es el principal referente en salud mental del departamento del Tolima, ya que en la actualidad solo existen 3 instituciones; una privada con capacidad instalada de 35 camas y unidad de salud mental del hospital departamental de tercer nivel de carácter público con 17 camas, el hospital especializado cuenta con 117 camas en su capacidad instalada y funciona desde hace 24 años, atendiendo la demanda de todos los municipios del Tolima y de departamentos vecinos. (6)

Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente pregunta de investigación; ¿Cuáles son las características de los casos de intento suicida que ingresaron al servicio de hospitalización del Hospital Especializado Granja Integral en los años 2014 a 2016?

2. JUSTIFICACIÓN

El suicidio constituye un problema de salud pública importante, pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, (1) además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS)". Las estimaciones realizadas indican que para el 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, además de los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante, también pueden incrementar el riesgo de suicidio. Es así que queremos caracterizar el intento de suicidio como principal factor desencadenante. (1)

La prevalencia del intento de suicidio es más difícil de conocer. La OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas, se señala de un 3 al 5 %. En el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio. (7)

Caracterizar los casos de intento de suicidio que ingresaron al servicio de hospitalización del Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014 a 2016, permitirá aportar información que sustente las decisiones técnico administrativas a nivel institucional sobre esta problemática, teniendo en cuenta que los datos científicos nos indican que numerosas muertes son evitables (2), de esta forma contribuir a la disminución de la tasa de suicidios evitando reintentos.

Esta investigación permitirá un proceso de consulta a nivel mundial y revisiones sistemáticas de los datos que se soporten en el Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016.

De igual forma al detectar los casos de intento de suicidio que son captados en el Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016, y al establecer su distribución, tendencia y comportamiento a través del tiempo. Esta evidencia generara información que permita el desarrollo de estrategias de prevención y control en la población atendida.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENENERAL

Caracterizar los casos de intento de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral de Lérída – Tolima durante los años 2014-2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los aspectos demográficos de los casos de intento de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral de Lérída – Tolima durante los años 2014-2016.
- Describir el comportamiento de los intentos de suicidios que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral de Lérída – Tolima durante los años 2014-2016 según el tiempo.
- Describir circunstancias para el desarrollo de los intentos de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral de Lérída – Tolima durante los años 2014-2016.
- Identificar las características clínicas como; antecedentes, diagnóstico clínico, comorbilidad no mental, de los casos de intento de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral de Lérída – Tolima durante los años 2014-2016.
- Describir el tratamiento recibido de los casos de intento de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral de Lérída – Tolima durante los años 2014-2016.

4. MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO

4.1 CONCEPTOS BASICOS

La guía práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida de Galicia recopila las siguientes definiciones por Silverman MM expuestas a continuación. (8).

4.1.1 Conducta Suicida. Todo comportamiento, determinado o no, de autoagresión potencialmente lesiva y autoinflingidas con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza. En la conducta suicida hay evidencia implícita o explícita de un deseo aparente o intención de morir con alguna finalidad. La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas con diferente gravedad, e incluso, producir la muerte.

4.1.2 Autolesión/ Gesto Suicida. Es una práctica consistente en la producción intencionada de heridas sobre el propio cuerpo, comúnmente realizadas sin intenciones suicidas. La autoagresión involucra un amplio rango de comportamientos que incluye, entre otros: quemaduras, rasguños, golpes, dermatilomanía, tricotilomanía e ingesta de sustancias tóxicas u objeto.

4.1.3 Conducta Suicida no Determinada. Conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinflingidas con grado indeterminado de intencionalidad).

4.1.4 Ideación Suicida. Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse y maneja varios métodos sin decidirse aún por uno específico.

4.1.5 Intento de Suicidio. Conducta potencialmente lesiva, autot5inflingida, no habitual, deliberadamente realizada por el sujeto con evidencia implícita o explícita de intencionalidad de causarse daño o provocarse la muerte, que tiene un resultado final no letal, aunque puede ocasionar lesiones o secuelas, independientemente de la letalidad

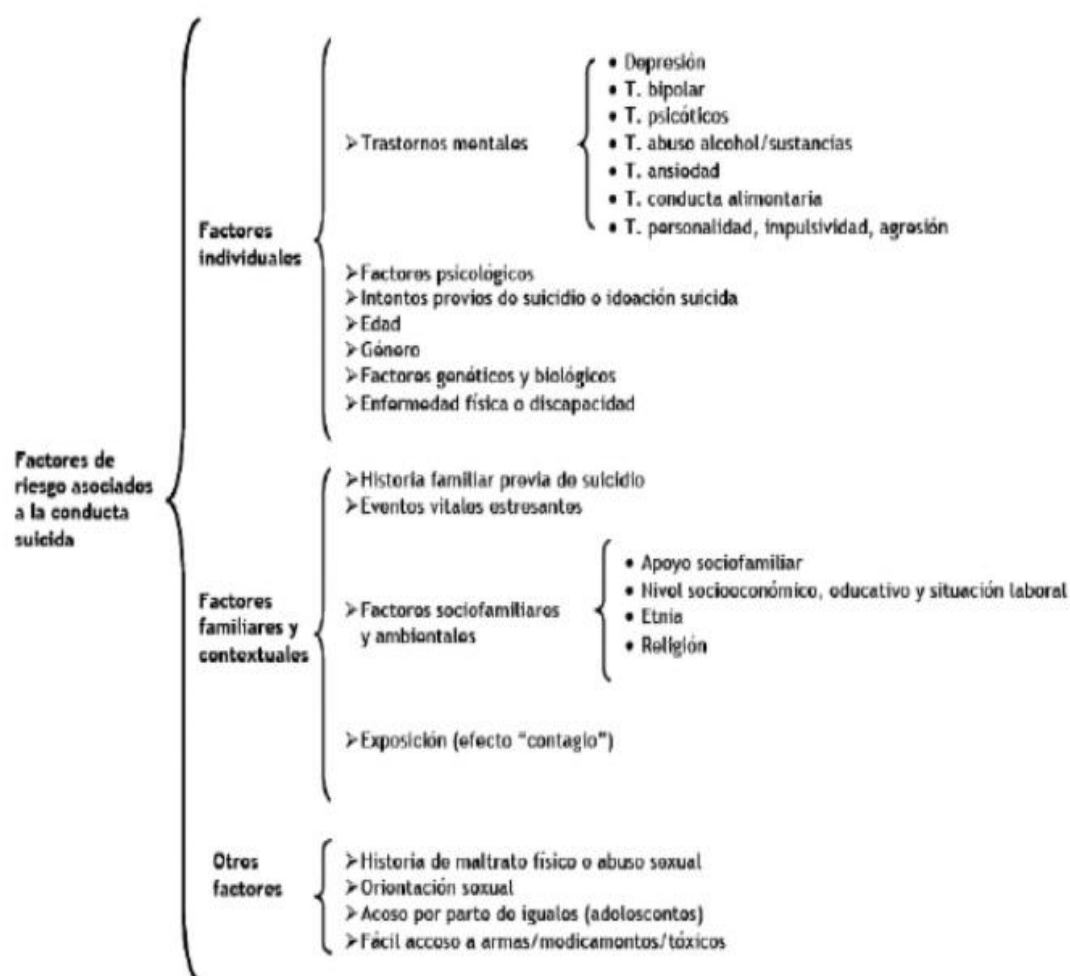
del método utilizado. Engloba todos aquellos actos deliberados con diferente grado de intención de morir.

4.1.6 Suicidio. La acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Se refiere a la muerte por lesión auto-infligida, con evidencia implícita o explícita, deliberadamente iniciada por la persona, intencional y consciente, en la que se obtiene un resultado deseado como es, el morir.

4.2 FACTORES DE RIESGO

El intento de suicidio es una de las fuertes predicciones para que se presente un suicidio, un historial de repetidos intentos suicidas se asocia directamente a que este se ejecute. Además de ser un fenómeno multifactorial, existiendo un comportamiento sinérgico ya que, a la presencia de mayor número de factores aumenta la posibilidad de que se presente el evento. Existen factores individuales, familiares, contextuales entre otros. (9) (Ver Figura 1). Además de esto según Giner Jiménez y Pérez Sola, clasifican los factores de riesgo en inmodificables y modificables (Ver Tabla 1) los primeros no están relacionados con el estado clínico, se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece, y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo. (3).

Figura 1. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida



Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida." Evaluación y Tratamiento, 2010

Tabla 1 Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables

Modificables	Inmodificables
– Trastorno afectivo	– Heredabilidad
– Esquizofrenia	– Sexo
– Trastorno de ansiedad	– Edad
– Abuso de sustancias	• Adolescentes y adultos jóvenes
– Trastorno de personalidad	• Edad geriátrica
– Otros trastornos mentales	– Estado civil
– Salud física	– Situación laboral

Modificables	Inmodificables
- Dimensiones psicológicas	- Creencias religiosas
	- Apoyo social
	- Conducta suicida previa

Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida." Evaluación y Tratamiento 2010

4.3 MAGNITUD Y DISTRIBUCIÓN DEL SUICIDIO Y EL INTENTO SUICIDA EN EL MUNDO, LATINOAMÉRICA Y COLOMBIA

Aproximadamente un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2013). El suicidio representa 1,4 % de las muertes a nivel mundial y se clasifica entre las 20 principales causas de mortalidad. En la Región de las Américas ocurren alrededor de 65.000 defunciones por suicidio anualmente. Es la cuarta forma de violencia en nuestro país con una tasa de mortalidad para el año 2013 de 3,84 por cada 100.000 habitantes. En nuestro país por cada mujer que se suicida se quitan la vida cuatro hombres. (10)

En la actualidad el suicidio es considerado un problema de salud pública a nivel mundial, se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo entre los 10 y 24 años, además a nivel mundial los hombres tienen una mayor tasa de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3,5 a 1, en contraste las mujeres presentan mayores tentativas de suicidio. Una de las razones que explican este escenario es que los hombres emplean métodos más violentos y letales. La prevalencia del intento de suicidio es más difícil de conocer, la OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. (11)

En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas de suicidio, se estima en 3 al 5 %, en el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio. En un estudio realizado en Colombia, la prevalencia de vida de intento de suicidio fue del 4,53% (IC 95%: 4,25-4,81), en el mismo estudio el 5% de las

mujeres y el 3,9% de los hombres habían intentado suicidarse durante el transcurso de la vida y 1,4% de mujeres y 1,0% de hombres lo habían intentado en el año 2002. (11) La población con mayor riesgo suicida está ubicada entre los 16 a 21 años, el grupo de los adolescentes como el grupo de mayor riesgo de suicidio, la prevalencia de vida de intento de suicidio varían entre 5,2% y 3,6%. (12)

El Estudio Nacional de Salud Mental 2003 muestra que la prevalencia de vida de intento suicida es de 4,9% este estudio, no halló diferencias entre hombres y mujeres. (13)

4.4 TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Para abordar el manejo en los pacientes que presentan una conducta suicida se establece una serie de tratamientos y Terapias, que independientemente no generan una mejora en la recuperación, sino que su interrelación es la que permite obtener unos buenos resultados. (8)

4.4.1 Intervenciones Psicoterapeutas. Terapia cognitivo –conductual: Su función principal es reestructurar la parte cognitiva del paciente como pieza fundamental para obtener un cambio, la intervención con esta terapia se basa en modificar las conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados y actitudes adaptativas que se pueden desprender de la Depresión o conductas suicidas, en donde su duración oscila entre 6-8 sesiones con un promedio de 50 minutos y la duración de esta terapia puede prolongarse dependiente del grado de gravedad. (14)

Terapia de resolución de problemas: Esta terapia busca que en el individuo o paciente reduzca esa carga que genera los problemas que pueda poseer, que hacen que se dé una ideación suicida y se comienza con la búsqueda de la priorización de problemas y como generar propuestas para enfrentarlos y realizar todo un seguimiento al proceso y esta tiene un promedio de sesiones de 10 a 15. (15)

Terapia interpersonal: Aborda las relaciones interpersonales y se centra principalmente en el contexto social del paciente, busca facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en determinar las formas de alternativas en manejar dichas situaciones, su duración de tratamientos oscila entre 10 y 12 sesiones. (14)

Terapia familiar: Busca en las relaciones familiares sea el foco principal de su intervención, considerando la familia como sistema que interrelaciona, que si un miembro de la familia presenta un problema, los demás miembros de alguna u otra forma participan en la generación, mantenimiento y resolución del mismo. Suele contar con un mínimo de seis sesiones y con una duración de aproximadamente una hora. (16)

4.4.2 Tratamiento Farmacológico. La conducta suicida es un fenómeno complejo mediado por factores biológicos, Psicológicos y sociales. El tratamiento farmacológico lo que busca es tratar la patología de base y también contrarrestar los síntomas que puedan generar algún factor de riesgo Tales como: Ansiedad, insomnio, impulsividad. (17)

Medicamentos Antidepresivos: Estos medicamentos permiten eficacia contra la depresión y la ansiedad condiciones que pueden desencadenar un intento de suicidio, ya que reducen la impulsividad y la agresividad, porque actúan sobre el sistema Serotoninérgico vinculados a menudo con la conducta suicida. Desde finales de los años 80 se ha visto que estos medicamentos han reducido notablemente las tasas de suicidio. Revisando estudios en pacientes con Trastornos Depresivos se observa que los tratamientos con Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina reduce la ideación suicida cuando se compara con un placebo. (18) (19)

Litio: Se desconoce el mecanismo fisiopatológico por el cual el litio reduce el intento de suicidio pero este reduce la impulsividad, la agresividad y la falta de control conductual produciendo una estabilidad del humor y disminuyendo la angustia y la conducta agresiva. (20)

El tratamiento con litio a largo plazo reduce cinco veces el riesgo de conducta suicida (intentos u suicidios consumados) en pacientes con trastornos Bipolar y otros trastornos afectivos mayores. (8)

Anticonvulsivantes: la acción de los fármacos anticonvulsivantes sobre los receptores GABAérgicos hace que además de su acción anticonvulsiva, también tienen una acción ansiolítica por lo que ellos pueden utilizarse en casos de ideación suicida. Al estabilizar el humor y reducir el comportamiento agresivo e impulsivo. (21)

Antipsicóticos: Se pueden clasificar como primera generación o atípicos ambos grupos han sido eficaces en el control de la conducta impulsiva así como el comportamiento agresivo y heteroagresivo. (22) Los de Segunda generación se encuentra la Clozapina uno de los antipsicóticos con más resultados sobre la reducción del riesgo de la conducta suicida en pacientes diagnosticados de esquizofrenia resistente. (23)

4.4.3 Terapia Electro-Convulsiva (TEC). Consiste en una estimulación eléctrica de áreas cerebrales a través de dos electrodos bilaterales ubicados en los temporales durante 1 segundo de duración provocando convulsiones generalizadas de 25 a 150 segundos. Aunque su mecanismo de acción no está completamente dilucidado, la TEC ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de ciertos trastornos mentales, como la depresión grave, la manía y la esquizofrenia, esta técnica se debe practicar con anestesia general y se han descrito efectos secundarios inmediatos, como confusión mental amnesia y cefalea y trastornos cognitivos a corto plazo. Su utilización debe siempre realizarse bajo los criterios teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad, la consideración de indicaciones y contraindicaciones médicas si el paciente ha presentado resistencia a los tratamientos farmacológicos, es la de gran elección cuando la paciente se encuentra en estado de embarazo y cursa los tres primeros meses o que presenta riesgo alto de intentos de suicidio. (24)

4.5 EVENTOS VITALES ESTRESANTES

Están definidos como circunstancias o condiciones ambientales que amenazan, desafían, exceden o dañan las capacidades psicológicas o biológicas del individuo. (25) Es necesario resaltar que la acumulación de sucesos estresantes en la vida de las personas genera un mayor riesgo emocional que un único evento (26). De igual forma se comporta para el intento de suicidio, los eventos vitales estresantes que se asocian a este fenómeno son; los conflictos con personas significativas, el abuso sexual o físico y la negligencia , el acoso escolar o bullying, las pérdidas significativas como la muerte de un progenitor, el divorcio de los padres o el vivir con una familia reconstruida, la violencia familiar, la adopción, las discrepancias entre la adscripción religiosa de la escuela y la propia , sobre todo cuando no se percibe apoyo por parte de los allegados, las enfermedades físicas y las dificultades económicas. El riesgo de suicidio tiende aumentar con la presencia de estos eventos vitales estresantes. (27)

Según Cornellà Canals, Josep son las situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio, a pesar de no serlo cuando se evalúan de manera objetiva. Son situaciones que pueden ser percibidas por el adolescente como una amenaza directa hacia su propia imagen, sufriendo un sentimiento de dignidad personal herida. (28) Ver tabla 2

Tabla 2. Eventos vitales estresantes

EVENTOS VITALES ESTRESANTES
<input type="checkbox"/> Problemas familiares.
<input type="checkbox"/> Separación de los amigos, de la pareja, de los compañeros de clase, etc.
<input type="checkbox"/> Muerte de una persona querida u otra persona importante.
<input type="checkbox"/> Término de una relación amorosa.
<input type="checkbox"/> Conflictos interpersonales o pérdidas.
<input type="checkbox"/> Problemas legales o disciplinarios
<input type="checkbox"/> Presión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de los mismos.
<input type="checkbox"/> Sometimiento y victimización.
<input type="checkbox"/> Decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios.

EVENTOS VITALES ESTRESANTES

- ☐ **Altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes.**
 - ☐ **Falta de empleo y problemas económicos.**
 - ☐ **Embarazo no deseado, aborto.**
 - ☐ **Infección con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual.**
 - ☐ **Enfermedad física grave.**
 - ☐ **Desastres naturales.**
-

Fuente: Cornellà Canals, Josep Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su
Prevención (28)

4.6 MECANISMOS UTILIZADOS PARA EL INTENTO SUICIDA

Los mecanismos utilizados en el intento suicida están influenciados por la disponibilidad inmediata del mismo y los patrones culturales de crianza. En los hombres género masculino se espera un comportamiento agresivo, debido a esto suelen consumir el suicidio ya que los mecanismos que utilizan son más violentos (armas de fuego, ahorcamientos, lanzamientos al vacío).(29) para las mujeres se espera un comportamiento delicado, no agresivo por ello suelen recurrir a la sobredosis de medicamentos o venenos o incisiones con elementos cortantes.(30) El mecanismo escogido está relacionado con la disponibilidad del mismo en el hogar o en el lugar donde ocurre el intento suicida, por ello en los países en desarrollo es frecuente la ingestión de tóxicos, ya que estos son de amplio uso como insecticida, raticidas o herbicidas y tienen bajo costo, la ingesta de cantidades tóxicas de fármacos con intención suicida es también frecuente, pues estos fármacos pueden estar disponibles en el hogar sin tener un buen control de los mismos por parte de un adulto responsable; entre los más utilizados están: Antidepresivos, Benzodiacepinas, Neurolépticos, anticonvulsivantes, analgésicos, o sus combinaciones, la ingesta de medicamentos es el mecanismo más utilizado por las mujeres comprendidas entre los 15 a 19 años, entre otros mecanismos utilizados se encuentre el arma corto punzante, arma de fuego lanzamiento al vacío o vehículo en movimiento y asfixia.

Parece que la elección del mecanismo para el acto suicida tiene relación con la influencia sociocultural e incluso geográfica (mar, vía férrea, zona agrícola- pesticidas.) ya que la zona geográfica está relacionada con el acceso a herramientas que faciliten el acto suicida. (31)

El uso de arma blanca como método suicida representa un poco menos del 5% del total de los suicidios, tasa que se mantiene más o menos estable a lo largo del siglo XX, las heridas por arma blanca con finalidad suicida tienen unas zonas concretas de elección, como son el cuello, parte anterior del tórax y las muñecas. (32).

El ahorcamiento es uno de los mecanismos utilizados frecuentemente por niños y adultos, además los materiales son de fácil acceso y sin la necesidad de conocimientos técnicos es considerado como el método “más fácil” y “más rápido” con pocas barreras para su finalización. El lanzamiento de sitios elevados o el arrojarse a vehículos en movimiento es otro de los métodos, cuando el intento suicida se realiza en un momento de impulsividad. El empleo de armas de fuego mantenidas en el hogar, es el método más frecuente usado en Estados Unidos en adolescentes hombres entre 15 a 19 años y por lo general son siempre fatales debido al grave daño que generalmente ocasionan y a la pequeña oportunidad de rescate. (30)

4.7 POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA PARA EL CONTROL DEL SUICIDIO (MUNDO, AMÉRICAS, COLOMBIA, TOLIMA)

Tabla 3. Descripción de normatividad relacionada con el intento de suicidio a nivel internacional, nacional y departamental

NIVEL	POLITICAS PUBLICAS E INTERVENCIONES	DESCRIPCION
MUNDIAL	Primer plan de acción sobre salud mental (OMS)	Donde incluye la prevención del suicidio como prioridad y tiene como meta para el 2020 reducir en un 10% la tasa de suicidios en los países. (33)

NIVEL	POLITICAS PUBLICAS E INTERVENCIONES	DESCRIPCION
	Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)	Para superar las brechas en salud mental se está realizando una capacitación masiva a profesionales de la salud, en la guía mhGAP donde incluye la guía de atención de autolesión y suicidio (34)
AMERICA	Plan Estratégico de la OPS 2014-2019	En este plan se tiene como meta de impacto la siguiente; Ningún aumento en la tasas de suicidios en el 2019 en comparación con el 2014.(35)
COLOMBIA	Inclusión en de intento suicidio ficha (356) SIVIGILA 2016	Desde el 2016 se estableció un ficha especifica de notificación obligatoria para los intentos suicidas donde se recolecta mayor información sobre mecanismo de utilización y eventos vitales estresantes que se relacionen con el suceso para mayor control. (7)
	Ley 1616 /2013	Esta incluye en las acciones de prevención del suicidio e inclusión de la conducta suicida como evento de interés de salud pública con notificación obligatoria. (36)
	Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021 convivencia social y salud mental	En la dimensión de convivencia social y salud mental en el componente de prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia, ya que el intento de suicidio es una forma de violencia, teniendo como meta para el 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes. (37)

NIVEL	POLITICAS PUBLICAS E INTERVENCIONES	DESCRIPCION
TOLIMA	Política pública departamental de salud mental 2013-2021	Se establece en la primera estrategia: Atención en salud mental donde incluye la prevención del suicidio. (38)

Fuente: El autor

4.8 RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL DEL LERIDA TOLIMA

En 1992 fue fundado el Hospital Especializado Granja Integral (HEGI) de Lérída, Es una institución especializada en prestar servicios exclusivos de salud mental y farmacodependencia, ubicada en el municipio de Lérída Tolima, es el centro de referencia en salud mental para el departamento del Tolima.

Cuenta con 117 camas distribuidas en 5 Servicios: Unidad de Agudos, Hombres, Mujeres, Enfermedades Mentales Persistentes y UAICA (Unidad de Atención Integral a las Conductas Adictivas) destinados a la atención de pacientes con enfermedad mental, los pacientes son intervenidos por un equipo interdisciplinario integrado por Psiquiatría, Medicina General, Enfermería, Psicología, Terapia Ocupacional, Psicología Social y Químico farmacéutico.

Cuenta con una extensión de 21 hectáreas dedicadas al desarrollo de proyectos productivos, como medio de rehabilitación de pacientes con enfermedad mental y farmacodependencia, además de amplias zonas verdes para el desarrollo de actividades lúdicas y recreativas.

El tratamiento hospitalario se desarrolla en tres fases: Fase Aguda, Fase Intermedia y Fase de Estabilización, y continúa al egreso del paciente con la Fase Ambulatoria de tratamiento, que se desarrolla en el servicio de consulta externa. (6)

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal y retrospectivo, en donde la población fue compuesta por los casos de intentos de suicidio atendidos en el Hospital Especializado Granja integral de Lérída - Tolima; descritos en los informes mensuales del área de referencia y contra-referencia como hospitalizados en los años 2014 a 2016, se tomó todo el censo correspondientes a 337 de la población a estudiar. Se escogió este diseño, porque se buscó caracterizar e identificar, el comportamiento de los intentos suicidas en la población, desde una fuente secundaria; las historias clínicas electrónicas.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: 337 Casos de intentos suicidas hospitalizados en el Hospital Especializado Granja Integral de Lérída – Tolima comprendidos en los años 2014 a 2016.

Unidad de observación: Registros de las Historias Clínicas de los casos con intentos de suicidio.

Unidad de análisis: Los casos de intentos de suicidio hospitalizados en el HEGI.

Criterios de inclusión: Pacientes de ambos sexos, de todas las edades que intentaron suicidarse fueran reportados como hospitalizados por el Hospital Especializado Granja Integral

Criterios de exclusión: Aquellas historias clínicas que al ser verificadas se identifican autolesiones sin relación de una ideación suicida.

5.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

A continuación se presenta un resume de los grupos de la variables y en el anexo 1 se podrá visualizar específicamente la operacionalización de las variables.

Tabla 4. Clasificación de variables utilizadas

GRUPOS	VARIABLES
variables personales	Sexo
	Ocupación
	Nivel educativo
	Edad
	Ciclo vital
	Estado civil
	Régimen de afiliación al SGSSS
	Zona de residencia
variables de lugar	Departamento de residencia
	Municipio de residencia en el Tolima
Variables de tiempo	Mes de ingreso
	Año de ingreso
características clínicas	Comorbilidad orgánica
	Numero de intentos de suicidio previo
	Diagnostico
circunstancias en las que se desarrolló el suicidio	Mecanismo utilizado para el intento suicida
	Disfunción con la pareja
	Disfunción con los padres
	Disfunción con los hermanos
	Dificultades económicas
	Antecedentes de abuso sexual
	Antecedentes de suicidio de familiares
	Muerte de persona cercana
	Problemas laborales

GRUPOS	VARIABLES
Atención en salud	Consumo de SPA
	Terapia farmacológica con antidepresivos
	Terapia farmacológica con antipsicóticos
	Terapia farmacológica con benzodiacepinas
	Terapia farmacológica con estabilizadores del animo
	Psicoterapia individual por psicología
	Psicoterapia individual por psiquiatría
	Psicoterapia grupal por psiquiatría
	Psicoterapia grupal por psicología
	Valoración y seguimiento por trabajo social
	Valoración y seguimiento por Terapia ocupacional
	Psicoterapia familiar
	Terapia electroconvulsiva
	Días de estancia hospitalaria

Fuente: Creación investigadores a partir de formato de captura de información.

5.4 FUENTES, SELECCIÓN Y DISEÑO DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

La investigación se realizó sobre una fuente de información secundaria, inicialmente; se identificaron los casos de intentos suicidas reportados en informes institucionales, con la búsqueda en la unidad de observación, las historias clínicas electrónicas de los pacientes con intento suicida que fueron hospitalizados en el periodo del 2014 a 2016 en el Hospital Especializado Granja Integral de Lérída Tolima, debido a que es el estudio es transversal se presentaron sesgos de información debido a la subjetividad del médico que realizó la entrevista durante el ingreso hospitalario, de igual forma puede variar con los diferentes médicos que laboran en la institución. Para la recolección de los datos se diseñó un instrumento en Excel para la captura de la información y numeración de las categorías de las diferentes variables seleccionadas, el procesamiento de los datos fue con el

software Paquete estadístico para la ciencias sociales SPSS, licenciado para la Universidad del Tolima.

5.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CALIDAD

La recolección de datos se llevó cabo en el Hospital Especializado Granja Integral, se requirió de tres investigadores a quienes la institución asignó, usuario y contraseña específico para consultar las historias clínicas.

Se diseñó un formato de captura de información digital en Excel teniendo en cuenta la operatividad de las variables y aplicando condiciones a las celdas para evitar errores en la digitación, es decir que en las variables donde que contaba con 3 categorías no permitiera el registro de una cuarta. Previamente se hizo una capacitación a los investigadores en sistema de información Hospitalario SIHOS el cual contiene las historias clínicas del periodo 2014 a 2016, según los informes suministrados por el HEGI, se realizó la recolección de la información en tres meses aproximadamente, aplicando los criterios de exclusión, al terminar la recolección se realizó verificación de la información y calidad del dato, en los datos perdido se realizó una nueva verificación de la historia clínica.

5.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información se analizó a través del paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión veinte, licenciado para la Universidad del Tolima. El análisis de las variables cualitativas obtuvo como productos frecuencias absolutas y relativas. El análisis de las variables cuantitativas obtuvo como productos medidas de tendencia central (media, mediana, desviación estándar, amplitud e intercuartil). Además se usaron diagramas lineales para analizar el comportamiento del fenómeno a través del tiempo, e igualmente análisis de subgrupos. (Ver anexo B)

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Las consideraciones éticas de este estudio se basaron en el ítem No. 23 “DE LA DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL DEL 2014”: “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social”; y la resolución 8430 de 1993 en su artículo 11; al emplear técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no realizar ninguna intervención o modificación intencionada de las variables se considera una investigación sin riesgo. El Hospital Especializado Granja Integral cuenta con un comité de Ética y Humanización el cual dio la aprobación de la investigación para la revisión de las historias clínicas. (39)

6. RESULTADOS

De los 337 casos de intento de suicidio hospitalizados del 2014 al 2016 en el Hospital Especializado Granja Integral de Lérída – Tolima la mayoría fueron mujeres con (66,2 %). La persona hospitalizada por intento de suicidio de menor edad, tenía 10 años y la de mayor edad tenía 79 años. La edad promedio fue de 24,4 (DE 12,3 años), de esta población al menos el 50% tenía 19 años, según ciclo vital los adolescentes (12 al 18 años) fue el grupo predominante (44,5 %), con el 54,3% de –mujeres dentro de este grupo. Se observó que el fenómeno en las mujeres tuvo un comportamiento hacia el descenso a medida que aumentaba la edad en contraste al comportamiento inverso de los hombres que fueron. El 55,5% tenía una ocupación, en los pacientes que no presentaban ocupación fueron incluidos los estudiantes, amas de casa y pensionados al tener en cuenta el Código Internacional Unificado de Ocupaciones (CIUO) ya que no están incluidos. La religión predominante fue la católica con un 71,8%, de 100 casos de intento de suicidio hospitalizados en el HEGI 73,3 fueron solteros. De 100 casos hospitalizados 78,3 tenían una afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) dentro del régimen subsidiado al momento en que les fue prestada la atención. **(Ver tabla 4)**

Tabla 5. Distribución de frecuencias de las características personales de los intentos de suicidio hospitalizados según el sexo en el HEGI, 2014- 2016.

Variable	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
Ciclo vital	Infancia (6 - 11 años)	1	,4%	0	0,0%	1	,3%
	Adolescencia (12- 18 años)	121	54,3%	29	25,4%	150	44,5%
	Juventud (14 - 26 años)	52	23,3%	38	33,3%	90	26,7%

Variable	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
	Adultos (27 - 59 años)	46	20,6%	42	36,8%	88	26,1%
	Vejez (60 años y más)	3	1,3%	5	4,4%	8	2,4%
Ocupación	Con ocupación	120	53,8%	67	58,8%	187	55,5%
	Sin ocupación	103	46,2%	47	41,2%	150	44,5%
Nivel Educativo	Primaria	67	30,0%	46	40,4%	113	33,5%
	Secundaria	135	60,5%	60	52,6%	195	57,9%
	Técnico	9	4,0%	1	,9%	10	3,0%
	Tecnológico	2	,9%	0	0,0%	2	,6%
	Profesional	7	3,1%	0	0,0%	7	2,1%
	Ninguna	3	1,3%	7	6,1%	10	3,0%
Religión	Católica	164	73,5%	78	68,4%	242	71,8%
	Cristiana	29	13,0%	14	12,3%	43	12,8%
	Ateo	19	8,5%	15	13,2%	34	10,1%
	Evangélico	6	2,7%	1	,9%	7	2,1%
	Otros	3	1,3%	4	3,5%	7	2,1%
	Adventista	2	,9%	2	1,8%	4	1,2%
Estado civil	Soltero	166	74,4%	81	71,1%	247	73,3%
	Unión libre	40	17,9%	23	20,2%	63	18,7%
	Separado	9	4,0%	6	5,3%	15	4,5%
	Casado	5	2,2%	4	3,5%	9	2,7%
	Viudo	3	1,3%	0	0,0%	3	,9%
Afiliación al sistema de salud	Subsidiado	180	80,7%	84	73,7%	264	78,3%
	Contributivo	34	15,2%	20	17,5%	54	16,0%
	Vinculado	5	2,2%	8	7,0%	13	3,9%
	Especial	4	1,8%	2	1,8%	6	1,8%
Total		223	66,2%	114	33,8%	337	100,0%

Fuente: Historias clínicas Hospital Especializado Granja Integral. 2017

Frente a la ubicación geográfica el 93,2% de casos pertenecía al departamento del Tolima, el 82,2% de casos pertenecía a la zona urbana; con un 85,1% de los hombres y un 19,3% mujeres que provenían de la zona Rural y de los municipios de procedencia con la mayoría de casos de intento suicidio se encuentra en igualdad Ibagué y Líbano con 13,9%. **Ver tabla 5**

Tabla 6. Distribución de frecuencias de las características de ubicación de los intentos de suicidio hospitalizados en el HEGI según sexo, 2014- 2016.

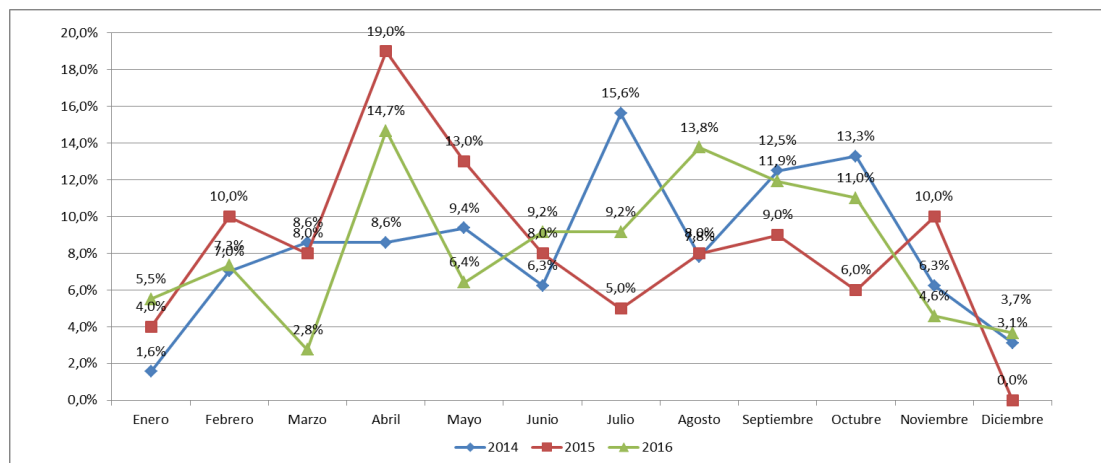
Variable	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
Zona de residencia	Urbana	180	80,7%	97	85,1%	277	82,2%
	Rural	43	19,3%	17	14,9%	60	17,8%
Departamento de residencia	Tolima	209	93,7%	105	92,1%	314	93,2%
	Fuera del Tolima	14	6,3%	9	7,9%	23	6,8%
Municipio de residencia	Ibagué	31	13,9%	16	14,0%	47	13,9%
	Líbano	27	12,1%	20	17,5%	47	13,9%
	Fresno	17	7,6%	5	4,4%	22	6,5%
	Fuera del Tolima	14	6,3%	8	7,0%	22	6,5%
	Mariquita	13	5,8%	7	6,1%	20	5,9%
	Espinal	11	4,9%	9	7,9%	20	5,9%
	Lérida	10	4,5%	3	2,6%	13	3,9%
	Honda	8	3,6%	4	3,5%	12	3,6%
	Guamo	8	3,6%	2	1,8%	10	3,0%
	Chaparral	7	3,1%	3	2,6%	10	3,0%
	Villahermosa	7	3,1%	2	1,8%	9	2,7%
	Melgar	7	3,1%	1	,9%	8	2,4%
	Venadillo	5	2,2%	3	2,6%	8	2,4%
	Armero	5	2,2%	2	1,8%	7	2,1%
	Alvarado	4	1,8%	3	2,6%	7	2,1%
	Falan	4	1,8%	1	,9%	5	1,5%

Variable	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
	Palocabildo	4	1,8%	0	0,0%	4	1,2%
	San Antonio	3	1,3%	3	2,6%	6	1,8%
	Ataco	3	1,3%	2	1,8%	5	1,5%
	Carmen de Apicalá	3	1,3%	1	,9%	4	1,2%
	Planadas	3	1,3%	1	,9%	4	1,2%
	Alpujarra	3	1,3%	1	,9%	4	1,2%
	Natagaima	3	1,3%	0	0,0%	3	,9%
	Anzoátegui	2	,9%	1	,9%	3	,9%
	Icononzo	2	,9%	1	,9%	3	,9%
	Purificación	2	,9%	1	,9%	3	,9%
	Valle de san juan	2	,9%	0	0,0%	2	,6%
	Ortega	2	,9%	0	0,0%	2	,6%
	Saldaña	2	,9%	0	0,0%	2	,6%
	Rovira	1	,4%	2	1,8%	3	,9%
	Herveo	1	,4%	2	1,8%	3	,9%
	Cajamarca	1	,4%	1	,9%	2	,6%
	Coello	1	,4%	1	,9%	2	,6%
	San Luis	1	,4%	1	,9%	2	,6%
	Casabianca	1	,4%	1	,9%	2	,6%
	Santa Isabel	1	,4%	1	,9%	2	,6%
	Coyaima	1	,4%	1	,9%	2	,6%
	Flandes	1	,4%	0	0,0%	1	,3%
	Piedras	1	,4%	0	0,0%	1	,3%
	Prado	1	,4%	0	0,0%	1	,3%
	Ambalema	0	0,0%	2	1,8%	2	,6%
	Dolores	0	0,0%	1	,9%	1	,3%
	Suarez	0	0,0%	1	,9%	1	,3%
Total		223	100,0%	114	100,0%	337	100,0%

Fuente: Historias clínicas Hospital Especializado Granja Integral. 2017

En el periodo de tiempo de 2014 a 2016 el mes donde ingresaron mayor número de casos con intento de suicidio fue el mes de abril con 13,6%, seguido del mes de septiembre con 11,3% de los 337 casos de todo el periodo, en contraste con 2,4% del mes de diciembre donde menos se hospitalizaron por el evento, El año 2014 fue donde se presentaron más ingresos al Hospital por intentos de suicidio (38,0%) sin evidencia una gran diferencia respecto a los años 2015 y 2016. (Figura 2).

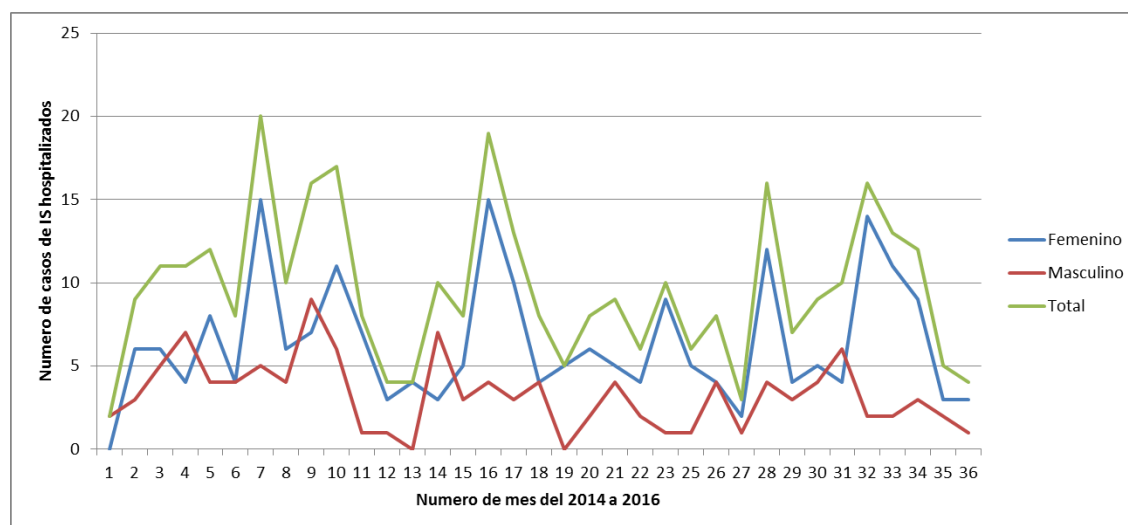
Figura 2. Comportamiento de los casos de intento de suicidio hospitalizados por meses según los años, Hospital especializado Granja integral. 2014 -2016



Fuente: El autor

El comportamiento de los casos de intentos de suicidio en las mujeres durante los meses transcurridos del año 2014 al 2016 se encuentran por encima de los hombres, presentando picos en los meses Julio 2014, Abril 2015, Abril 2016 y Agosto 2016. (Figura 3)

Figura 3. Comportamiento de los casos de intento de suicidio hospitalizados según sexo, Hospital especializado Granja integral durante el periodo 2014 -2016



Fuente: Historias clínicas Hospital Especializado Granja Integral. 2017

En los años estudiados se presentó un mayor número de intentos de suicidio en las mujeres siendo el año 2015 en el que más se presentaron (70%) comparado con los otros años, el 2014 fue el año donde se presentó mayor número de ingresos de los casos de intento de suicidio en la zona rural comparado con los años siguientes (97,7%). En los años 2015 y 2016 la etapa del ciclo vital con mayor número de intentos de suicidio presentado fue la adolescencia (12-18 años) con 55,0% y 53,2%, a diferencia del año 2014 donde la juventud con (40,6%) fue la etapa con mayor presencia de intentos de suicidio. (Tabla 6)

Tabla 7. Distribución de frecuencias de las características de personales de los intentos de suicidio hospitalizados en el HEGI atreves del 2014- 2016.

Variable	Categoría	2014		2015		2016		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Mujer	77	60,2%	70	70,0%	76	69,7%	223	66,2%
	Hombre	51	39,8%	30	30,0%	33	30,3%	114	33,8%
Zona de residencia	Urbana	3	2,3%	26	26,0%	31	28,4%	60	17,8%
	Rural	125	97,7%	74	74,0%	78	71,6%	277	82,2%

Variable	Categoría	2014		2015		2016		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Ciclo vital	Infancia (6 - 11 años)	0	,0%	1	1,0%	0	,0%	1	,3%
	Adolescencia (12-18 años)	37	28,9%	55	55,0%	58	53,2%	150	44,5%
	Juventud (19 - 26 años)	52	40,6%	18	18,0%	20	18,3%	90	26,7%
	Adultos (27 - 59 años)	36	28,1%	25	25,0%	27	24,8%	88	26,1%
	Vejez (60 años y más)	3	2,3%	1	1,0%	4	3,7%	8	2,4%
Total		128	100,0%	100	100,0%	109	100,0%	337	100,0%

Fuente: Historias clínicas Hospital Especializado Granja Integral. 2017

De las circunstancias relacionadas con el evento, el mecanismo más utilizado para atentar contra la vida de los casos hospitalizados fue la intoxicación (65.6%), seguido por la utilización de Armas corto punzantes (24%). De las mujeres hospitalizadas por atentar contra su vida, el mecanismo de primera elección fue la intoxicación (74%), abarcando sustancias químicas como organofosforados y medicamentos. Los hombres hospitalizados también prefieren la intoxicación pero en menor cuantía (49,1%) y como segunda elección se encuentra las armas corto punzante (31,6%); cabe resaltar que el mecanismo de menor uso es el arma de fuego. Con respecto a la disfunción en las relaciones interpersonales se resalta la disfunción con los padres (57%), en donde tanto mujeres como hombres presentan en primera instancia dicha circunstancia con 59.2% y 52,6% respectivamente. En segundo lugar se encuentra la disfunción de Pareja (43%), el 47,5% de la mujeres presentaron dicha circunstancia y los hombres un 36,0 %, es necesario resaltar que las dificultades económicas como génesis de intentos de suicidio se presentó en un 21,4% y el consumo de sustancias psicoactivas en 19,3% (VerTabla7).

Tabla 8. Distribución de frecuencias de las circunstancias del evento de los intentos de suicidio según sexo, hospitalizados en el HEGI, 2014- 2016.

Variable	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
Mecanismo utilizado	Intoxicación	165	74,0%	56	49,1%	221	65,6%
	Arma corto punzante	45	20,2%	36	31,6%	81	24,0%
	Ahorcamiento	2	,9%	12	10,5%	14	4,2%
	lanzamiento a vehículo	5	2,2%	2	1,8%	7	2,1%
	Asfixia	4	1,8%	3	2,6%	7	2,1%
	Lanzamiento al vacío	1	,4%	4	3,5%	5	1,5%
	Arma de fuego	1	,4%	1	,9%	2	,6%
Antecedente de abuso sexual	Si	18	8,1%	5	4,4%	23	6,8%
	No	205	91,9%	109	95,6%	314	93,2%
Suicidio en familiares	Si	12	5,4%	6	5,3%	18	5,3%
	No	211	94,6%	108	94,7%	319	94,7%
Muerte de persona cercana	Si	19	8,5%	10	8,8%	29	8,6%
	No	204	91,5%	104	91,2%	308	91,4%
Disfunción de pareja	Si	106	47,5%	41	36,0%	147	43,6%
	No	117	52,5%	73	64,0%	190	56,4%
Disfunción con padres	Si	132	59,2%	60	52,6%	192	57,0%
	No	91	40,8%	54	47,4%	145	43,0%
Disfunción con hermanos	Si	30	13,5%	13	11,4%	43	12,8%
	No	193	86,5%	101	88,6%	294	87,2%
Problemas laborales	Si	12	5,4%	12	10,5%	24	7,1%
	No	211	94,6%	102	89,5%	313	92,9%
Dificultades económicas	Si	41	18,4%	31	27,2%	72	21,4%
	No	182	81,6%	83	72,8%	265	78,6%
Consumo de SPA	Si	28	12,6%	37	32,5%	65	19,3%
	No	195	87,4%	77	67,5%	272	80,7%

Fuente: Historias clínicas Hospital Especializado Granja Integral. 2017

Con respecto a la etapa del ciclo vital de los casos de intento de suicidio hospitalizados frente al mecanismos de elección; la adolescencia (66.7%), Juventud (65,6%), Adultos (63,6%) y Vejez (62,5%) como primera elección utilizaron la intoxicación seguido del mecanismo por arma corto punzantes. En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en los casos de intento de suicidio hospitalizados por ciclo vital se evidencio que la etapa con mayor consumo fue la juventud con 21,1 % seguido de la adolescencia y adultez con 19,3% cada uno. (Ver Tabla 8)

Tabla 9. Distribución de frecuencias de las circunstancias del evento de los intentos de suicidio según ciclo vital, hospitalizados en el HEGI, 2014- 2016.

Variable	Categoría	Adolescencia (12-18 años)		Juventud (19 - 26 años)		Adultos (27 - 59 años)		Vejez (60 años y más)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mecanismo utilizado	Intoxicación	10	66,7%	5	65,6%	5	63,6%	5	62,5%	22	65,6%
		0		9		6				1	
	Arma corto punzante	39	26,0%	2	23,3%	1	20,5%	3	37,5%	81	24,0%
				1		8					
	Ahorcamiento	2	1,3%	5	5,6%	7	8,0%	0	0,0%	14	4,2%
	lanzamiento a vehículo	1	0,7%	3	3,3%	3	3,4%	0	0,0%	7	2,1%
	Asfixia	4	2,7%	1	1,1%	2	2,3%	0	0,0%	7	2,1%
Consumo de SPA	Lanzamiento al vacío	3	2,0%	1	1,1%	1	1,1%	0	0,0%	5	1,5%
	Arma de fuego	1	0,7%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	2	0,6%
	Si	29	19,3%	1	21,1%	1	19,3%	0	0,0%	65	19,3%
				9		7					
	No	12	80,7%	7	78,9%	7	80,7%	8	100,0%	27	80,7%
		1		1		1			%	2	

Variable	Categoría	Adolescencia (12-18 años)		Juventud (19 - 26 años)		Adultos (27 - 59 años)		Vejez (60 años y más)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		15	100,0	9	100,0	8	100,0	8	100,0	33	100,0
		0	%	0	%	8	%		%	7	%

Fuente: Historias clínicas Hospital Especializado Granja Integral. 2017

De las 223 mujeres que ingresaron al hospital especializado granja integral solo 3 personas refirieron tener una comorbilidad de las cuales todas son mujeres. Solo 3,6% de las mujeres hospitalizadas se encontraban en estado de gestación.

De los intento de Suicidio hospitalizados la mayoría con un 75,7% no han tenido intento previos de suicidio, el 14,8% lo ha intentado una vez y el 0,3% lo ha intentado 9 y 11 veces al intento actual.

Con respecto al grupo de diagnósticos con mayor frecuencia son los Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos con un 48,1%, tanto para mujeres como para hombres con un 51,1% y 42,1% respectivamente donde están incluidos los diagnósticos de Trastorno mixto ansioso-depresivo, Trastorno obsesivo compulsivo, Reacción al estrés agudo y trastornos de la adaptación. (Ver tabla 9)

Tabla 10. Distribución de frecuencias de las circunstancias clínicas del evento de los intentos de suicidio según sexo, hospitalizados en el HEGI, 2014- 2016.

Variable	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
Comorbilidad	Si	3	1,3%	0	0,0%	3	,9%
	No	220	98,7%	114	100,0%	334	99,1%
Estado de gestación	Si	8	3,6%	0	0,0%	8	2,4%
	No	207	92,8%	2	1,8%	209	62,0%
	No aplica	8	3,6%	112	98,2%	120	35,6%

Variable	Categoría	Mujer		Hombre		Total	
		N	%	N	%	N	%
Diagnostico según categoría CIE 10	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	0	0,0%	2	1,8%	2	,6%
	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos	6	2,7%	21	18,4%	27	8,0%
	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	6	2,7%	12	10,5%	18	5,3%
	Trastornos del humor (afectivos)	56	25,1%	26	22,8%	82	24,3%
	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	114	51,1%	48	42,1%	162	48,1%
	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	6	2,7%	1	,9%	7	2,1%
	Retraso mental	5	2,2%	1	,9%	6	1,8%
	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	30	13,5%	3	2,6%	33	9,8%
	Total:	223	100,0%	114	100,0%	337	100,0%

Fuente: Historias clínicas Hospital Especializado Granja Integral. 2017

Con respecto a la comorbilidad orgánica se evidencia que 1,3 % de la de los adolescentes presentaron una comorbilidad orgánica y el 1,1% en los jóvenes, con

respecto al diagnóstico según las categorías del CIE 10 se evidencio que la categoría con mayor número de casos fue la Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos para las etapas de adolescencia (52,0%), Juventud (41,1%) y Adultos (51,1%) seguido de los Trastornos del humor (afectivos) a diferencia en la etapa de la vejez donde los trastornos del humor (afectivos) fue la primera categoría con 50%. Ver tabla.10

Tabla 11. Distribución de frecuencias de las circunstancias clínicas del evento de los intentos de suicidio según ciclo vital, hospitalizados en el HEGI, 2014- 2016.

Variable	Categoría	Adolescen		Juventud		Adultos		Vejez		Total	
		cia (12-18		(19 - 26		(27 - 59		(60 años			
		años)		años)		años)		y más)			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comorbilidad	Si	2	1,3%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	3	,9%
	No	14	98,7%	8	98,9	8	100,0	8	100,0	33	99,1
Orgánica		8		9	%	8	%		%	4	%
Estado de gestación	Si	2	1,3%	4	4,4%	2	2,3%	0	0,0%	8	2,4%
	No	11	77,3%	4	48,9	4	51,1	3	37,5	20	62,0
		6		4	%	5	%		%	9	%
	No aplica	32	21,3%	4	46,7	4	46,6	5	62,5	12	35,6
				2	%	1	%		%	0	%
Diagnostico según categoría CIE 10	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	0	0,0%	1	1,1%	1	1,1%	0	0,0%	2	,6%
	Trastornos mentales y de comportamie	8	5,3%	1	12,2	8	9,1%	0	0,0%	27	8,0%
				1	%						

Variable	Categoría	Adolescencia (12-18 años)		Juventud (19 - 26 años)		Adultos (27 - 59 años)		Vejez (60 años y más)		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	nto debidos al consumo de psicotrópicos										
	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	1	,7%	7	7,8%	8	9,1%	2	25,0%	18	5,3%
	Trastornos del humor (afectivos)	27	18,0%	2	30,0%	2	26,1%	4	50,0%	82	24,3%
	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	78	52,0%	3	41,1%	4	51,1%	2	25,0%	16	48,1%
	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	3	2,0%	1	1,1%	3	3,4%	0	0,0%	7	2,1%
	Retraso mental	4	2,7%	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	6	1,8%

Variable	Categoría	Adolescen		Juventud		Adultos		Vejez		Total	
		cia (12-18		(19 - 26		(27 - 59		(60 años			
		años)		años)		años)		y más)			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	29	19,3%	4	4,4%	0	0,0%	0	0,0%	33	9,8%
Total		15	100,0	9	100,0	8	100,0	8	100,0	33	100,0
		0	%	0	%	8	%		%	7	%

Fuente: Historias clínicas Hospital Especializado Granja Integral. 2017

Para los diagnósticos de la categoría Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos del CIE 10 frente a la terapia farmacológica de los casos de intentos de suicidio hospitalizados en su mayoría con 84,6% recibió medicamentos estabilizadores del ánimo y un 71% recibió tratamiento con benzodiacepinas, con respecto a la atención brindada por el equipo interdisciplinario en su mayoría recibió psicoterapia individual por psiquiatría (97,5%) y por psicología (95,1%), la psicoterapia familiar fue dada en un 82,7% en contraste con las psicoterapias grupales que solo un poco más de la mitad 58% con psiquiatría y 67% psicología. Ver Tabla 11

Tabla 12. Distribución de frecuencias de las terapias realizadas según categoría CIE 10 de los intentos de suicidio hospitalizados en el HEGI, 2014- 2016.

Variable	Categoría	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos		Trastornos del humor (afectivos)		Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia		Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos		Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes		Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos		Retraso mental	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Terapia farmacológica con antipsicóticos	Si	84	51,90%	50	61,00%	23	69,70%	19	70,40%	13	72,20%	5	71,40%	5	83,30%
	No	78	48,10%	32	39,00%	10	30,30%	8	29,60%	5	27,80%	2	28,60%	1	16,70%
Terapia farmacológica con antidepresivos	Si	137	84,60%	66	80,50%	25	75,80%	19	70,40%	11	61,10%	3	42,90%	3	50,00%
	No	25	15,40%	16	19,50%	8	24,20%	8	29,60%	7	38,90%	4	57,10%	3	50,00%
Terapia farmacológica con estabilizadores del animo	Si	44	27,20%	29	35,40%	7	21,20%	13	48,10%	5	27,80%	6	85,70%	3	50,00%
	No	118	72,80%	53	64,60%	26	78,80%	14	51,90%	13	72,20%	1	14,30%	3	50,00%
Terapia farmacológica con Benzodiacepinas	Si	115	71,00%	59	72,00%	21	63,60%	24	88,90%	15	83,30%	5	71,40%	5	83,30%
	No	47	29,00%	23	28,00%	12	36,40%	3	11,10%	3	16,70%	2	28,60%	1	16,70%
Tratamiento con psicoterapia	Si	154	95,10%	78	95,10%	31	93,90%	24	88,90%	18	100,00%	6	85,70%	5	83,30%

Variable	Categoría	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos		Trastornos del humor (afectivos)		Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia		Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos		Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes		Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos		Retraso mental	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
individual con psicología	No	8	4,90%	4	4,90%	2	6,10%	3	11,10%	0	0,00%	1	14,30%	1	16,70%
Tratamiento con psicoterapia individual con psiquiatría	Si	158	97,50%	81	98,80%	33	100,00%	26	96,30%	18	100,00%	7	100,00%	6	100,00%
	No	4	2,50%	1	1,20%	0	0,00%	1	3,70%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Tratamiento con psicoterapia de grupo con psiquiatría	Si	94	58,00%	54	65,90%	15	45,50%	11	40,70%	11	61,10%	3	42,90%	2	33,30%
	No	68	42,00%	28	34,10%	18	54,50%	16	59,30%	7	38,90%	57,10%	4	66,70%	
Tratamiento con psicoterapia de grupo con psicología	Si	109	67,30%	58	70,70%	23	69,70%	22	81,50%	12	66,70%	4	57,10%	6	100,00%
	No	53	32,70%	24	29,30%	10	30,30%	5	18,50%	6	33,30%	3	42,90%	0	0,00%
Tratamiento con valoración de trabajo social	Si	61	37,70%	34	41,50%	16	48,50%	15	55,60%	7	38,90%	2	28,60%	3	50,00%
	No	101	62,30%	48	58,50%	17	51,50%	12	44,40%	11	61,10%	5	71,40%	3	50,00%
Tratamiento con valoración de	Si	124	76,50%	63	76,80%	29	87,90%	22	81,50%	13	72,20%	7	100,00%	6	100,00%

Variable	Categoría	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos		Trastornos del humor (afectivos)		Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia		Trastornos mentales y de comportamiento o debidos al consumo de psicotrópicos		Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes		Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos		Retraso mental	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
terapia ocupacional	No	38	23,50%	19	23,20%	4	12,10%	5	18,50%	5	27,80%	0	0,00%	0	0,00%
Tratamiento con Psicoterapia familiar	Si	134	82,70%	71	86,60%	26	78,80%	21	77,80%	13	72,20%	7	100,00%	6	100,00%
	No	28	17,30%	11	13,40%	7	21,20%	6	22,20%	5	27,80%	0	0,00%	0	0,00%
Terapia electroconvulsiva	Si	3	1,90%	8	9,80%	1	3,00%	2	7,40%	3	16,70%	0	0,00%	0	0,00%
	No	159	98,10%	74	90,20%	32	97,00%	25	92,60%	15	83,30%	7	100,00%	6	100,00%
Total		162	100,00%	82	100,00%	33	100,00%	27	100,00%	18	100,00%	7	100,00%	6	100,00%

Fuente: Historias Clínicas Hospital Especializado Granja Integral

Los diagnósticos de la categoría Trastornos del humor (afectivos) del CIE 10 frente a la terapia farmacológica de los casos de intentos de suicidio hospitalizados en su mayoría con 80,5% recibió medicamentos antidepresivo y un 72% recibió tratamiento con benzodiacepinas, con respecto a la atención brindada por el equipo interdisciplinario en su mayoría recibió psicoterapia individual por psiquiatría (98,8%) y por psicología (95,1%), la psicoterapia familiar fue dada en un 86,6%, en

contraste con las atención brindada por trabajo social para un 41,5%. de igual forma la categoría Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia su mayoría con 75,8% recibió medicamentos antidepresivo y un 63,6% recibió tratamiento con benzodiacepinas, con respecto a la atención brindada por el equipo interdisciplinario donde todos recibieron psicoterapia individual por psiquiatría y en su mayoría recibió psicoterapia individual por psicología (93,9%), la psicoterapia familiar fue dada en un 78,8%, en contraste con las atención brindada por trabajo social para un 48,5%. Ver Tabla 11.

7. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio de investigación son de gran relevancia para el Hospital Especializado Granja Integral de Lérída- Tolima, siendo la principal institución de referencia en salud mental en el departamento del Tolima.

Con relación a los aspectos sociodemográficos de los casos de intento de suicidio hospitalizados en la mencionada institución, se evidencio que las mujeres fueron quienes principalmente intentaron suicidarse (66,2%), tal cual lo describen otros estudios entre los cuales se encuentra uno desarrollado por Castro, Orbegoso y Rosales, en un hospital General de Lima Perú encontrándose que el intento de suicidio fue mayor en las mujeres con (63,7 %),(40) de igual forma en la ciudad de Manizales en el 2010, se caracterizó la población con conducta suicida en la Clínica de San Juan Dios donde se obtuvo como resultado que el 67% de los pacientes estudiados eran mujeres (41), es necesario resaltar que el comportamiento según el sexo se invirtió en relación al suicidio consumado en Colombia, en donde por cada mujer que se suicida se quitan la vida cuatro hombres (42).

Frente a la edad, los resultados encontrados fueron similares a otras investigaciones, el 44,5% de los casos estudiados pertenecían a la adolescencia (12-18 años), teniendo en cuenta que el servicio de psiquiatría elige la hospitalización como conducta, y que este grupo etario no tuvo como elección el retiro voluntario. La etapa del ciclo vital que también se identificó en Provincia Ciego de Ávila en Cuba por Rodríguez y colaboradores en 2011 -2012 donde el grupo de edad, más afectado estaba comprendido entre 10-29 años, con la mayoría de casos entre los 15 a 19 (43) información coherente con lo identificado en la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombiana 2015 la cual muestra que la ideación suicida es tan frecuente en adolescentes como en adultos, la prevalencia del intento de suicidio en este grupo de edad es de 2,5%, el 37,6% de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado(44).

En relación al sexo y la edad se encontró que en las mujeres el 54,3% pertenecían a la adolescencia (12-18 años) a diferencia de los hombres donde su mayor frecuencia se encuentra en la edad adulta (27 - 59 años) situación similar en el estudio referenciado en Cuba donde el rango para las mujeres se encontró entre los 10 a 29 años, e incluso como lo refiere Chacón y colaboradores; sin embargo, en los hombres el intento de suicidio ocurre en edades más avanzadas, de 35 a 70 años (45). Es importante recalcar que el fenómeno para las mujeres disminuye a medida que aumenta la edad (46). Adicionalmente se halló que el no tener una pareja fue una característica compartida en el 73,3% para hombres y mujeres, en concordancia con los resultados similares obtenidos en el estudio denominado *El intento de suicidio en Ibagué: el silencio de una voz de auxilio* por Alvis, Soto y Grisales (2017) donde el estado civil soltero correspondía al 64,9%.(47)

Al analizar el municipio de residencia de los casos de intento de suicidio, se identificó en el primer lugar una igualdad entre Ibagué y Líbano con 13,9 % correspondientes a 47 casos cada uno, es necesario recalcar que el intento de suicidio fue incluido a partir del año 2016 como evento de notificación obligatoria al sistema de vigilancia epidemiológica y que según lo reportado al año 2016 de 764 casos presentados en el Tolima 44,1 % residía en Ibagué y 4,45% al municipio del Líbano. Es de resaltar que solo el 65% requirió de Hospitalizarse (48) y que a pesar de este porcentaje no todos fueron remitidos a la institución de estudio ya que en el Tolima existen tres instituciones las cuales brindan internación en salud mental con la siguiente capacidad instalada: Hospital Federico Lleras Acostas (17 camas), Clínica Los Remansos (25 camas) y la institución de estudio (116 camas) siendo esta última la de mayor capacidad para la atención de este evento.

Frente a las circunstancias en que se desarrollaron el evento, para los eventos vitales estresantes se halló que los principales eventos identificados fueron: el 57% presentó disfunción con los padres y el 43,6% disfunción de pareja, Según un estudio realizado en Madrid por Mónica Díaz relacionan significativamente los conflictos familiares con el suicidio en jóvenes y para el intento de suicidio tiene gran relevancia con conflictos con personas significativas independiente de que sean familiares (27).

En relación al mecanismo utilizado por los casos de intento de suicidio hospitalizados durante 2014 al 2016 en el HEGI el más frecuente fueron las intoxicaciones (65,6%) incluyendo diferentes sustancias químicas como medicamentos, organofosforados, entre otros, seguido por las armas corto punzantes (24%) sin cambios de posición por sexo. Diversos estudios a nivel mundial han documentado resultados similares, un estudio realizado en Taiwán por Chen-Ju en el periodo de 2004 – 2005, identificó como método de suicidio más comúnmente utilizado por el grupo de pacientes, la intoxicación (57,5%), seguido por el arma corto punzante (25%) (49). A nivel nacional se ha estudiado en diferentes departamentos, como en el departamento del Valle (Cali) Upegui, Henry Valencia, et al, en el hospital universitario del Valle durante el periodo comprendido entre los años 1994 a 2010, identificó que el consumo de sustancias pesticidas presentó la mayor incidencia al reportar 33,5%, seguido por las sustancias medicamentosas con 29,3% (50). De igual forma el mecanismo de mayor utilización en el periodo de 2004 a 2006 en Bogotá (89,9%) fue la intoxicación, seguido de lesiones con arma corto punzante (9,6%) (51). Lo anterior sugiere un comportamiento similar a nivel mundial, nacional y regional siendo esta información de gran importancia para implementar estrategias de prevención de este fenómeno.

Según los antecedentes de intentos de suicidio se halló que el 44,7% lo ha intentado al menos una vez, oscilando entre 1 y 11 intentos previos, valores similares a un estudio sobre la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto desarrollado por Villalobos y Galvis donde los intentos previos oscilaban entre 1 y 10 (52), en el 2009 al 2013 en París el 37,4% de las personas que tuvieron intentos de suicidio, informaron tener intentos previos (53), en un estudio en Estados Unidos el 11% de los participantes tenía antecedentes de intento de suicidio (54), en Colombia se hallaron resultados similares en (1994-2010) en Cali el 29,9% de las personas reportó haber tenido intentos previos (50) y en Bogotá (2004-2006) se identificó que el 25% había tenido intento suicida previo al actual (51). Este resultado resalta la importancia de disminuir futuros reintentos ya que según la literatura es el principal factor predictor del suicidio consumado. (9)

La atención brindada en esta institución especializada en salud mental, el 100% de los casos recibieron atención por psiquiatría pero en cuanto a psicoterapia individual por psicología 94,4%, trabajo social 41,2% y terapia ocupacional 78,9%, aunque no se encuentran estudios específicos sobre la atención brindada a casos de intento de suicidio en instituciones especializadas en salud mental, es necesario resaltar que antes de ingresar a una institución especializadas son atendidas en instituciones de primer o segundo nivel en su mayoría, fueron valorados inicialmente por medicina general, quien determina su conducta ambulatoria u hospitalaria, también es de tener en cuenta que es prioritaria la resolución clínica del paciente para su supervivencia, y para continuar con la remisión hacia una atención por un equipo interdisciplinario en salud mental. (55)

Es importante aclarar que solo hasta en octubre del 2016 a nivel nacional se realizó una revisión sistemática para adoptar guías de práctica clínica basada en la evidencia, para el tratamiento de la conducta suicida, utilizando el instrumento AGREE II, para evaluar la calidad de las mismas (56). Sin embargo no se han documentado estudios específicos sobre las psicoterapias brindadas y el tratamiento farmacológico suministrado durante la atención en instituciones especializadas en salud mental, aun así se reportan investigaciones donde enfatizan la importancia del manejo por psiquiatría en pacientes con conducta suicida, que debe abarcar evaluación y seguimiento del estado clínico, no solo enfocándose en establecer una alianza terapéutica y disminuir la tendencia suicida y brindar herramientas para enfrentar las dificultades psicosociales e interpersonales sin dejar de lado la educación a nivel individual y familiar. (9)

Este estudio tuvo como objetivo describir las características de los pacientes con Intento de suicidio, que ingresaron al servicio de hospitalización de la principal institución de referencia en salud mental del departamento del Tolima , dando pie para posteriores investigaciones que midan la efectividad de la atención prestada asociándola con reintentos de suicidio, y de igual forma poder realizar un estudio comparativo con la atención brindada en las dos instituciones que conforman la red de atención en salud mental del Tolima.

Frente a los sesgos que se presentaron durante la investigación, el sesgo de selección se controló, tomando toda la población, con respecto a los sesgos de información, debido a que la información proviene de fuentes secundarias, este tipo de sesgos no pudo ser controlado por los investigadores, de igual forma no se logró obtener en su totalidad la información de interés para los investigadores.

Las historias clínicas de los casos fueron diligenciadas por diferentes profesionales que intervinieron, además de la entrevista de ingreso, en el servicio de hospitalización la realiza el médico general que se encuentre de turno, y pudo haber estado influenciada por su percepción en el momento del diligenciamiento. En cuanto al sesgo del observador, la información suministrada por los casos de intento de suicidio que fueron hospitalizados en el HEGI pudo verse influenciado por la presencia misma del evento y como este es visto ante la sociedad, de igual manera, puede ser afectada por la presencia y el acompañamiento familiar. Debido a que no se tuvo como objetivo el encontrar asociaciones causales entre las variables de interés, no se aplican los sesgos de confusión.

En este estudio se identificaron algunas limitaciones. La información recolectada fue basada en informes institucionales identificados de forma manual ya que a pesar de contar con historia clínica electrónica, el intento de suicidio no se configura en el diagnóstico específico sistemático del CIE 10 que permita filtrar los pacientes con este evento. De igual forma al utilizar una fuente secundaria, la recolección de los datos se realizaba por una valoración inicial por medicinal general, tipo entrevista la cual dependía de la interpretación subjetiva de cada médico, dificultando e invalidando variables como el día de la semana en la que ocurrió el evento y otras circunstancias, como eventos vitales estresantes, ya que en gran mayoría de la historias clínicas no se evidencio registro, las cuales son importantes caracterizarlas para el fenómeno

La fuente de recolección de datos fue la historia clínica diligenciada por todo el equipo interdisciplinario y no un instrumento estructurado específico para esta investigación, requiriendo un proceso de búsqueda más profundo, es necesario enfatizar que la

institución cuanta con registros de historia clínicas organizadas y completas, que facilitó este procedimiento.

La revisión de las historia clínicas requirió de la presencia de los investigadores, en la institución ubicada en un municipio diferente a la residencia de los mismos, por esta razón se tomó mayor tiempo del estimado la recolección de datos por el desplazamiento intermunicipal.

A pesar de que el intento de suicidio es una problemática psicosocial y que su tratamiento no solo está basado farmacológicamente si no terapéuticamente, es importante contar con una guía para su manejo, abordando la conducta suicida en los niveles de urgencias y hospitalización, con recomendaciones ambulatorias disminuyendo la probabilidad de un reintento, siendo este el principal factor de riesgo para un suicidio consumado (7)

Es necesario recalcar como a partir del año 2016 se implementó la ficha de notificación obligatoria por el instituto nacional de salud,(7) de esta forma se estandarizó el proceso de recolección de datos y la obligatoriedad a nivel nacional, saliendo a flote partes no visibles del fenómeno, permitiendo obtener información oportuna, organizada y completa, facilitando seguimientos y arrojando una mejor panorámica del evento, lo cual es de vital importancia para el departamento en cuanto a toma de decisiones y prevención de esta problemática psicosocial.

Sería de gran relevancia el desarrollo de una investigación a nivel departamental de la atención prestada a todos los casos de intento de suicidio, de igual forma a nivel institucional realizar un estudio analítico que establezca posibles asociaciones pertinentes con el fenómeno, abarcando toda la conducta suicida, para mejorar la atención brindada. También se hace necesario el poder realizar un seguimiento post hospitalización que permita determinar la tasa de reintento y hallar alternativas para prevenir la mencionada eventualidad y poder medir la efectividad de dicho seguimiento.

8. CONCLUSIONES

En el Hospital especializado Granja integral de Lérída – Tolima en el periodo del 2014 a 2016 los casos de intento de suicidio que se hospitalizaron en su mayoría eran mujeres, el ciclo vital más afectado corresponde a la adolescencia comprendida entre 12 y 18 años. Las mujeres presentan la conducta a edades más tempranas en relación a los hombres, disminuyendo a medida que aumenta la edad.

El comportamiento de los casos de intento de suicidio en el periodo 2014 a 2016 el mes con mayor número de ingresos fue abril, seguido del mes de septiembre, siendo el año 2014 el de mayor ingresos del periodo estudiado.

El mecanismo de mayor utilización para llevar a cabo el intento suicida es la intoxicación, seguido de las armas corto punzantes siendo estos los de mayor facilidad para su acceso, las circunstancias involucradas con el evento, se identificó que las relaciones interpersonales disfuncionales principalmente con los padres seguido con la pareja, fueron los de mayor presentación, los cuales funcionaron como detonantes del evento.

La minoría presentaba una comorbilidad orgánica, con respecto al diagnóstico según las categorías del CIE 10 la categoría con mayor número de casos fue la Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos para las etapas de adolescencia, Juventud y Adultos a diferencia en la etapa de la vejez donde los trastornos del humor (afectivos) fue la primera categoría.

La terapia farmacológica depende del diagnóstico asignado por parte del especialista pero en su mayoría recibieron medicamentos antidepresivos y benzodiazepinas, además a la atención brindada por el equipo interdisciplinario en su mayoría recibió psicoterapia individual por psiquiatría y por psicología y psicoterapia familiar.

RECOMENDACIONES

Se sugiere para el hospital especializado Granja integral protocolizar la atención del intento de suicidio según las guías de práctica clínica avalada por el Ministerio de salud y protección social sobre la conducta suicida implementando medición de riesgo suicida al ingreso y egreso de los pacientes del servicio de hospitalización.

Con el fin de contribuir al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del evento, solicitar como parte de los documentos de remisión copia de la ficha de notificación de los casos de intento de suicidio aceptados.

Para desarrollar estrategias específicas de prevención del suicidio en los detonantes del mismo es necesario realizar un estudio analítico prospectivo, donde se utilice un instrumento para identificar los principales eventos vitales estresantes que detonan el intento de suicidio y de igual forma factores protectores.

Diseñar dentro de las políticas públicas un programa intensivo de prevención de intento de suicidio a nivel individual y familiar.

Incluir dentro de los componentes educativos talleres de salud mental durante su trayectoria académica para niños y jóvenes.

REFERENCIAS

1. Porter D.; Bertolote J. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
3. Ayuso-Mateos J.; Baca-García E.; Bobes J.; Giner J.; Giner L. et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2012 [citado 2016 May 23]; 5(1):8-23. Disponible en: http://www.uniovi.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2012/2012_Ayuso_Recomendaciones.pdf.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Vigía de los derechos de la niñez y la adolescencia mexicana. La Adolescencia. [Internet]. [Consultado 2012 Mar 08]. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/indice_adolescencia_mexico2006.pdf.
5. Zahl DL.; Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. Br J Psychiatry. 2004;185:70.
6. Hospital Especializado Granja Integral, Hospitalización. 2016. Disponible en: <http://www.hegranjalerida.org/hospitalizacion.html>
7. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Intento de Suicidio. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de->

accion/subdireccion_vigilancia/sivigilaprotocolos%20SIVIGILA/PRO%20intentos%20de%20suicidio.pdf

8. Álvarez Ariza M.; Atienza Meriano G.; Ávila González M. J.; Canedo Magariños C.; Castro Bouzas D.; Combarro Mato J. et al. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Evaluación y Tratamiento. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia 2010 (2012): 02.
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors: American Psychiatric Association; Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx
10. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional. 2014. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>
11. Macana N. Comportamiento del suicidio en Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2011. Bogotá. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34616/6-F-11-Suicidio.pdf/6b2966e7-cbcb-4618-a3c3-af5cd111629e>
12. Evans E.; Hawton K.; Rodham K.; Psychol C.; Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2005;35(3):239-50

13. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social, 2005. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
14. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Informe No.: avalia-t 2006/06.
15. Wasserman D.; Wasserman C. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. New York: Oxford University Press. 2009.
16. Harrington RC.; Kerfoot M.; Dyer E.; McGiven F.; Gill J.; Harrington V. et al. Randomized trial of a home based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998; 37:512–8.
17. Bousoño García M.; Bobes García J.; González-Quirós Corujo P. Tratamiento psicofarmacológico. En: Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997.
18. Ernst CL.; Goldberg JF. Antisuicide Properties of Psychotropic Drugs: A Critical Review. Harv Rev Psychiatry. 2004; 12(1):14-41.
19. Gibbons RD.; Brown CH.; Hur K.; Marcus SM.; Bhaumik DK.; Mann JJ. Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health Administration data sets. Am J Psychiatry. 2007; 164(7):1044-9.

20. Koldobsky NM. Terapéutica farmacológica de los desórdenes de la personalidad. Psiquiatriacom [Internet]. 2002 Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/11489/
21. Gutiérrez-García AG.; Contreras CM. El suicido y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Segunda parte. Salud mental. 2008; 31(5):417-25.
22. Kim HF.; Marangell LB.; Yudofsky SC. Psychopharmacological treatment and electroconvulsive therapy. En: Simon RI, Hales RE, eds. The American Psychiatric Publishing Textbook of suicide assesment and management. Washington: The American Psychiatric Publishing; 2006.
23. Meltzer HY.; Alphas L.; Green AI.; Altamura AC.; Anand R.; Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). Arch Gen Psychiatry. 2003; 60(1):82-91.
24. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Clinical Memorandum #12. Electroconvulsive Therapy. Guidelines on the administration of electroconvulsive therapy (ECT). New Zealand: The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists; 2005.
25. Cuba, Suarez MA. La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. Revista Médica La Paz 16.2 (2015). Disponible en: <http://boliviarevista.com/index.php/lapaz/article/viewFile/3436/3434>
26. Veytia LM, et al. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud mental 35.1 (2012): 37-43. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006

27. Díaz de Neira HM. Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental. 2012. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661735/diaz_de_neira_monica.pdf?sequence=1
28. Cornellà J. Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención. 2015. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Conducta%20autodestructiva%20en%20el%20adolescente.pdf>
29. Tondo L., and Baldessarini R. Suicide: causes and clinical management. Clin Update; 2001. Disponible en: https://www.medscape.org/viewarticle/413195_3
30. Quenguan M. Jiménez M. et al. Una mirada global frente al intento de suicidio. Revista Unimar 29.2 (2014). Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/view/214>
31. Rodríguez ML.; Morales, and Jiménez Rojas IA. El suicidio desde la perspectiva forense. Disponible en: http://www.buscandoanimo.org/Descargas/autopsia/05_El%20suicidio%20desde%20la%20perspectiva%20Forense%20-%20Morales%20y%20Jimenez.pdf
32. Negre, C. Haciendo diana: suicidio por sección de la arteria femoral. Gac. int. cienc. Forense 6, 2013. Disponible en: https://www.uv.es/gicf/4Ar5_Negre_GICF_06.pdf
33. Asamblea Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental. 2013-2020. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

34. World Health Organization. Mhgap intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, 2010. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/es/
35. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 2013. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/4034>
36. El Congreso de Colombia. Ley 1616 del 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia21 (2013). Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
37. Plan Decenal de Salud Pública. Pública 2012–2021: La salud en Colombia la construyes tú. Ministerio de Salud y Protección Social 124, 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
38. Gobernación del Tolima. Política Pública Departamental de Salud Mental. Tolima. 2013. Disponible en: [http://www.ejecutortolima.gov.co/modulos/subprogramas/archivos_evidencias/Resumen%20Politica%20publica%20\(1\).pdf](http://www.ejecutortolima.gov.co/modulos/subprogramas/archivos_evidencias/Resumen%20Politica%20publica%20(1).pdf)
39. Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial –Principios Éticos para la Investigación Médica en Seres Humanos. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
40. Paredes C.; Orbegoso O.; Rosales P. Caracterización de pacientes con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004. 2006. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 23(4), 293-296. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400011

41. Cañón Buitrago S. Toro Duque P. Caracterización de la población con conducta suicida en la clínica san juan de dios de Manizales. 2010. Archivos de Medicina (Col) 12.1, 2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2738/273824148008/>
42. Rodríguez Gama A. El suicidio y su prevención. Instituto Nacional de Medicina Legal Medicina Legal y Ciencias Forenses - INML y CF
43. Odalys Rodríguez M.; Leal Moreira ME.; Reyes Milián PE. Epidemiología del intento suicida en la provincia Ciego de Ávila. Suicide attempt epidemiology in Ciego de Avila province. MEDICIEGO 18.2; 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2012/mdc122a.pdf>
44. Ministerio de la Protección Social. Encuesta nacional de salud mental, Colombia, 2015. Ministerio de la Protección Social- Colciencias. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
45. Chacon Veranes M.; Galán Sánchez A.; Guerra Álvarez LM. Tentativa de Suicidio en la población mayor de 15 años durante el bienio 2011-2012. Revista Medisan. 2013; 17(10). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_10_13/san081710.htm
46. Gabilondo A.; Alonso J.; Vilaguta G. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Revista Medicina Clinica. 2007; 129(13). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-factores-riesgo-las-ideas-planes-e-13111370>
47. Alvis-Ñungo, LF.; Soto-Morales, AM.; Grisales-Romero, H. El intento de suicidio en Ibagué: el silencio de una voz de auxilio. Revista Criminalidad 59.2 (2017): 81-92.

Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-31082017000200081&script=sci_abstract&tlng=pt

48. Secretaria de Salud Tolima SIVIGILA FED. Intento de suicidio 356, 2016. Disponible en: https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/estadisticasvitalas_saludtolima_gov_co/Documents/Forms/All.aspx?slrid=a5ab359e-90c4-4000-c415-13b43f96b1f8&FolderCTID=0x01200075F1994BC0A5D547A2D8ADF4E55A43AD&id=%2Fpersonal%2Festadisticasvitalas_saludtolima_gov_co%2FDocuments%2FFormato%20Estadistico%20Dinamico%20FED%2FSIVIGILA
49. Chen-Ju L.; Hsin-Chin L.; Fang-Ju S.; Chun-Kai F.; Shu-I W.; Shen-Ing L. The characteristics, management, and aftercare of patients with suicide attempts who attended the emergency department of a general hospital in northern Taiwan. *Journal of the Chinese Medical Association* 77.6 (2014): 317-324. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1726490114000550>
50. Valencia Upegui H.; Campo-Cabal G.; Borrero Cortés C.; García Gallardo AM.; Patiño García MM. Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle, Cali (1994–2010). *Revista Colombiana de Psiquiatría* 40.4 (2011): 619-636. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502011000400003
51. Pérez-Olmos I.; Ibáñez-Pinilla M.; Reyes-Figueroa JC.; Atuesta-Fajardo Y., Suárez-Díaz MJ. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006." *Revista de Salud Pública* 10.3 (2008): 374-385. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642008000300002

52. Villalobos-Galvis FH. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud mental* 32.2, (2009): 165-171. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252009000200009&script=sci_arttext
53. Younes, N., Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected? *Journal of affective disorders* 170 (2015): 150-154. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714005266>
54. Ballard, ED. et al. Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. *General hospital psychiatry* 36.4 (2014): 437-441. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016383431400067X> 9
55. León Silva J. Intento de Suicidio. Disponible en: http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Psiquiatria/Intento_de_suicidio.pdf.
56. Ministerio de Salud y Protección Social- Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud. Adopción de la guía de práctica clínica (GPC) para la prevención y tratamiento de la conducta suicida. 2016. Disponible en: http://www.iets.org.co/gpc_adopcion_2016/Documents/RS%20GPC-%20Conducta%20Suicida%20271016.pdf

ANEXOS

Anexo A. Selección y Operacionalización de Variables por Objetivos

1. Describir los aspectos demográficos de los casos de intento de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016.

Variable	Nivel de medición	Categorías	Descripción y medición
Sexo	Nominal	1:Femenino 2:Masculino	De acuerdo con las características morfológicas del individuo y registradas durante el ingreso a hospitalización
Ocupación	Nominal	1: Con ocupación 2: Sin ocupación	Según la referida durante el ingreso a hospitalización
Nivel educativo	Ordinal	1: Primaria 2:Secundaria 3:Tecnico 4: Tecnológico 5:Profesional 6: Ninguno	Según el referido durante el ingreso a hospitalización
Edad	Razón	Numérica en años	Años cumplidos al momento del ingreso a hospitalización
Ciclo vital	Ordinal	1: Primera infancia (0 a 5 años) 2: Infancia (6 a 11 años) 3: Adolescente (12 a 18 años) 4: Juventud (19 a 26 años) 5:Adulto (27a 59 años) 6: Vejez (60 años o más)	Según la edad al momento del ingreso a hospitalización
Estado civil	Nominal	1: Soltero 2: Casado 3: Unión libre	Según el referido durante el ingreso a hospitalización

Variable	Nivel de medición	Categorías	Descripción y medición
		4: Viudo 5: Separado	
Religión	Nominal	1: Católico 2: Evangélico 3: Cristiano 4: Ateo 5: Adventista 6.Otros	Según el referido durante el ingreso a hospitalización
Régimen de afiliación al SGSSS	Nominal	1: Subsidiado 2: Contributivo 3: Vinculado 4: Especial	Según el estado de afiliación durante la atención
Zona de residencia	Nominal	1: Rural 2: Urbana	Según el referido durante el ingreso a hospitalización
Departamento de residencia	Nominal	1: Tolima 2: Fuera del Tolima	Según el referido durante el ingreso a hospitalización
Municipio de residencia en el Tolima	Nominal	1:Alvarado 2:Anzoátegui 47:Suárez 48.Fuera del Departamento	Según el referido durante el ingreso a hospitalización

2. Describir el comportamiento de los intento de suicidios que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016 según el tiempo.

Mes de Ingreso	Nominal	1.Enero 2.Febrero 3.Marzo 4.Abril 5.Mayo 6.Junio 7.Julio 8.Agosto 9.Septiembre 10.Octubre 11.Noviembre 12.Diciembre	Mes de Ingreso a hospitalización por Casos de Intentos de Suicidio.
Año de Ingreso	Nominal	1.2014 2.2016 3:2016	Año de Ingreso a hospitalización por Casos de Intentos de Suicidio.

- 3 Describir circunstancias para el desarrollo de los intentos de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016.

Mecanismo de utilización	Nominal	1: Ahorcamiento 2: Arma corto punzante 3: Lanzamiento al vacío 4: Lanzamiento a vehículo 5: Arma de fuego 6: Intoxicación 7: Asfixia	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
--------------------------	---------	--	---

		8: Otro	
Abuso sexual	Nominal	1: Si 2: No	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
Muerte persona cercana	Nominal	1: Si 2: No	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
Suicidio Familiar	Nominal	1: Si 2: No	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
Disfunción con la pareja	Nominal	1: Si 2: No	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
Disfunción con los padres	Nominal	1: Si 2: No	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
Disfunción con los hermanos	Nominal	1: Si 2: No	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
Dificultades económicas	Nominal	1: Si 2: No	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
Problemas laborales	Nominal	1: Si 2: No	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización

Consumo de SPA	Nominal	1: Si 2: No	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
----------------	---------	----------------	---

- 4 Identificar las características clínicas como; antecedentes, diagnóstico clínico, comorbilidad no mental, de los casos de intento de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016.

Numero de intentos de suicidio previo	Razón	Numero enteros	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
Comorbilidad Orgánica	Nominal	1:Si 2: No	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
Estado de gestación	Nominal	1:Si 2: No	Según el referido durante la entrevista ingreso a hospitalización
Diagnostico	Nominal	Todos los que se encuentran desde F000 hasta F999 del Capítulo 5 del CIE 10	Según clasificación de CIE 10 y lo establecido por el médico en el ingreso a hospitalización

5. Describir el tratamiento recibido de los casos de intento de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016.

Terapia farmacológica con Antipsicóticos	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización el médico tratante requiere el uso de medicamentos Antipsicóticos para el tratamiento
Terapia farmacológica con Antidepresivos	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización el médico tratante requiere el uso de medicamentos Antidepresivos para el tratamiento
Terapia farmacológica con Moduladores del Animo	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización el médico tratante requiere el uso Moduladores del Ánimo para el tratamiento
Terapia farmacológica con Benzodiacepinas	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización el médico tratante requiere el uso Benzodiacepinas para el tratamiento
Psicoterapia individual por psicología	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización se realizó intervención de psicoterapia individual por psicología
Psicoterapia individual por psiquiatría	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización se realizó intervención de psicoterapia individual por psiquiatría
Psicoterapia grupal por psiquiatría	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización se realizó intervención de psicoterapia grupal por psiquiatría
Psicoterapia grupal por psicología	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización se realizó intervención de psicoterapia grupal por psicología
Valoración y seguimiento por trabajo social	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización se realizó intervenciones por Trabajo social
Valoración y seguimiento por	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización se realizó intervenciones por terapia ocupacional


Terapia ocupacional			
Psicoterapia familiar	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización se realizó intervención de psicoterapia familiar
Terapia Electroconvulsiva	Nominal	1: Si 2: No	Si durante la hospitalización se realizó terapia Electroconvulsiva

Anexo B. Plan de Análisis

Objetivo	Variables	Análisis de subgrupos
<p>Describir los aspectos sociodemográficos de los casos de intento de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016</p>	<p>Persona</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sexo 2. Edad * 3. Ciclo vital 4. Ocupación 5. Nivel educativo 6. Religión 7. Estado civil 8. Régimen de afiliación al SGSSS 	<p>SEXO +</p> <p>Ciclo vital</p> <p>Ocupación</p> <p>Nivel educativo</p> <p>Religión</p> <p>Estado civil</p> <p>Régimen de afiliación al SGSSS</p> <p>Zona de residencia</p> <p>Departamento de residencia</p> <p>Municipio de residencia en el Tolima</p>
	<p>Lugar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zona de residencia 2. Departamento de residencia 3. Municipio de residencia en el Tolima 	
<p>• Describir el comportamiento de los intento de suicidios que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016 según el tiempo.</p>	<p>Mes de ingreso a hospitalización</p>	<p>AÑO DE OCURRENCIA +</p>
	<p>Año de ocurrencia</p>	<p>Sexo</p> <p>Zona de residencia</p> <p>Ciclo vital</p>
	<p>Mecanismo utilizado</p>	<p>SEXO +</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Describir circunstancias para el desarrollo de los intentos de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016. 	<p>Antecedente de abuso sexual</p> <p>Suicidio en familiares</p> <p>Muerte de persona cercana</p> <p>Disfunción de pareja</p> <p>Disfunción con padres</p> <p>Disfunción con hermanos</p> <p>Problemas laborales</p> <p>Dificultades económicas</p> <p>Consumo de SPA</p>	<p>Mecanismo utilizado</p> <p>Antecedente de abuso sexual</p> <p>Suicidio en familiares</p> <p>Muerte de persona cercana</p> <p>Disfunción de pareja</p> <p>Disfunción con padres</p> <p>Disfunción con hermanos</p> <p>Problemas laborales</p> <p>Dificultades económicas</p> <p>Consumo de SPA</p> <p>CICLO VITAL +</p> <p>Mecanismo utilizado</p> <p>Consumo de SPA</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características clínicas como; antecedentes, diagnóstico clínico, comorbilidad no mental, de los casos de intento de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016. 	<p>Numero de intentos previos</p> <p>Comorbilidad Orgánica</p> <p>Estado de gestación</p> <p>Diagnostico según categoría CIE 10</p>	<p>SEXO + Y CICLO VITAL +</p> <p>Comorbilidad Orgánica</p> <p>Estado de gestación</p> <p>Diagnostico según categoría CIE 10</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Describir el tratamiento recibido de los casos de intento 	<p>Terapia farmacológica con antipsicóticos</p>	<p>DIAGNOSTICO SEGÚN CATEGORÍA CIE 10 +</p>

de suicidio que ingresaron al Hospital Especializado Granja Integral durante los años 2014-2016.	Terapia farmacológica con antidepresivos	Terapia farmacológica con antipsicóticos
	Terapia farmacológica con estabilizadores del animo	Terapia farmacológica con antidepresivos
	Terapia farmacológica con Benzodiacepinas	Terapia farmacológica con estabilizadores del animo
	Tratamiento con psicoterapia individual con psicología	Terapia farmacológica con Benzodiacepinas
	Tratamiento con psicoterapia individual con psiquiatría	Tratamiento con psicoterapia individual con psicología
	Tratamiento con psicoterapia de grupo con psiquiatría	Tratamiento con psicoterapia individual con psiquiatría
	Tratamiento con psicoterapia de grupo con psicología	Tratamiento con psicoterapia de grupo con psiquiatría
	Tratamiento con valoración de trabajo social	Tratamiento con psicoterapia de grupo con psicología
	Tratamiento con valoración de terapia ocupacional	Tratamiento con valoración de trabajo social
	Tratamiento con Psicoterapia familiar	Tratamiento con valoración de terapia ocupacional
	Terapia electroconvulsiva	Tratamiento con Psicoterapia familiar Terapia electroconvulsiva

 Universidad del Tolima	PROCEDIMIENTO DE FORMACIÓN DE USUARIOS AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	Página 1 de 3
		Código: GB-P04-F03
		Versión: 03
		Fecha Aprobación: 15 de Febrero de 2017

Los suscritos:

Yenny Katherine Zabala Rodriguez	con C.C N°	1110509331
Diana Carolina Yara	con C.C N°	1105304476
Nery Manzur Cali Baleta	con C.C N°	8048804
	con C.C N°	
	con C.C N°	

Manifiesto (an) la voluntad de:

Autorizar

☒

No Autorizar

☐

Motivo:


La consulta en físico y la virtualización de **mi OBRA**, con el fin de incluirlo en el repositorio institucional de la Universidad del Tolima. Esta autorización se hace sin ánimo de lucro, con fines académicos y no implica una cesión de derechos patrimoniales de autor.

Manifestamos que se trata de una OBRA original y como de la autoría de LA OBRA y en relación a la misma, declara que la UNIVERSIDAD DEL TOLIMA, se encuentra, en todo caso, libre de todo tipo de responsabilidad, sea civil, administrativa o penal (incluido el reclamo por plagio).

Por su parte la UNIVERSIDAD DEL TOLIMA se compromete a imponer las medidas necesarias que garanticen la conservación y custodia de la obra tanto en espacios físico como virtual, ajustándose para dicho fin a las normas fijadas en el Reglamento de Propiedad Intelectual de la Universidad, en la Ley 23 de 1982 y demás normas concordantes.

La publicación de:

Trabajo de grado	<input checked="" type="checkbox"/>	Artículo	<input type="checkbox"/>	Proyecto de Investigación	<input type="checkbox"/>
Libro	<input type="checkbox"/>	Parte de libro	<input type="checkbox"/>	Documento de conferencia	<input type="checkbox"/>
Patente	<input type="checkbox"/>	Informe técnico	<input type="checkbox"/>		
Otro: (fotografía, mapa, radiografía, película, video, entre otros)					<input type="checkbox"/>

 Universidad del Tolima	PROCEDIMIENTO DE FORMACIÓN DE USUARIOS AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	Página 2 de 3
		Código: GB-P04-F03
		Versión: 03
		Fecha Aprobación: 15 de Febrero de 2017

Producto de la actividad académica/científica/cultural en la Universidad del Tolima, para que con fines académicos e investigativos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad del Tolima. Con todo, en mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada con arreglo al artículo 30 de la Ley 23 de 1982. En concordancia suscribo este documento en el momento mismo que hago entrega del trabajo final a la Biblioteca Rafael Parga Cortes de la Universidad del Tolima.

De conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 en los artículos 30 “**...Derechos Morales. El autor tendrá sobre su obra un derecho perpetuo, inalienable e irrenunciable**” y 37 “**...Es lícita la reproducción por cualquier medio, de una obra literaria o científica, ordenada u obtenida por el interesado en un solo ejemplar para su uso privado y sin fines de lucro**”. El artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “**los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores**” y en su artículo 61 de la Constitución Política de Colombia.

- Identificación del documento:

Título completo: **CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE INTENTO SUICIDIO QUE INGRESARON AL HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL DE LERIDA TOLIMA EN LOS AÑOS 2014 A 2016**

- Trabajo de grado presentado para optar al título de:

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA


- Proyecto de Investigación correspondiente al Programa (No diligenciar si es opción de grado “Trabajo de Grado”):

- Informe Técnico correspondiente al Programa (No diligenciar si es opción de grado “Trabajo de Grado”):

- Artículo publicado en revista:

- Capítulo publicado en libro:

- Conferencia a la que se presentó:


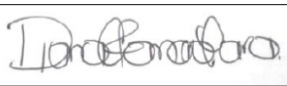

 Universidad del Tolima	PROCEDIMIENTO DE FORMACIÓN DE USUARIOS AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	Página 3 de 3
		Código: GB-P04-F03
		Versión: 03
		Fecha Aprobación: 15 de Febrero de 2017

Quienes a continuación autentican con su firma la autorización para la digitalización e inclusión en el repositorio digital de la Universidad del Tolima, el:

Día: **22** Mes: **Mayo** Año: **2018**

Autores:

Firma

Nombre:	Yenny Katherine Zabala Rodriguez		C.C.	1110509331
Nombre:	Diana Carolina Yara		C.C.	1105304476
Nombre:	Nery Manzur Cali Baleta		C.C.	8048804
Nombre:			C.C.	

El autor y/o autores certifican que conocen las derivadas jurídicas que se generan en aplicación de los principios del derecho de autor.